



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Ústav zdravotnických studií



AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU Z POHLEDU PACIENTA

Bakalářská práce

Studijní program: B5341 – Ošetrovatelství
Studijní obor: 5341R009 – Všeobecná sestra

Autor práce: **Tereza Korelová**
Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Krejbichová, DiS.



TECHNICAL UNIVERSITY OF LIBEREC
Institute of Health Studies



THE HEART ATTACK FROM THE PATIENT'S VIEW

Bachelor thesis

Study programme: B5341 – Nursing

Study branch: 5341R009 – General Nurse

Author: **Tereza Korelová**

Supervisor: Mgr. Kateřina Krejbichová, DiS.

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tereza Korelová**
Osobní číslo: **Z11000090**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Akutní infarkt myokardu z pohledu pacienta**
Zadávající katedra: **Ústav zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle práce:

1. Zmapovat všeobecné informace pacientů o akutním infarktu myokardu (příčina nemoci, rizikové faktory, rodinné dispozice, následná léčba, následky nemoci, prevence).
2. Zjistit stav informovanosti pacientů o jejich aktuálním zdravotním stavu první hospitalizační den.
3. Zjistit, zda si jsou pacienti vědomi možných chyb, které k akutnímu infarktu myokardu vedly a zda jsou ochotni provést změny ve svém dosavadním způsobu života.
4. Zmapovat informovanost pacientů o další léčbě a režimových opatřeních po akutním infarktu myokardu při dimisi.
5. Vytvořit edukační materiál týkající se oblasti sekundární prevence určený pacientům po infarktu myokardu.

Teoretická východiska:

Záměrem této práce je zhodnotit informovanost pacientů o akutním infarktu myokardu. Onemocnění kardiovaskulárního onemocnění je stále nejčastější příčinou úmrtí v České republice. Dostatečná informovanost a edukace pacientů o rizikových faktorech je tudíž mimořádně důležitá. Předpokladem pro vznik AIM je například špatná životospráva, kuřáctví, sedavý způsob života, stresové situace, nedostatečná tělesná aktivita a jiné.

Výzkumné otázky:

1. Předpokládám, že pacienti jsou informováni o problematice akutního infarktu myokardu.
2. Předpokládám, že pacienti jsou obeznámeni o aktuálním zdravotním stavu první hospitalizační den.
3. A) Předpokládám, že méně jak polovina pacientů zná vliv rizikových faktorů na výskyt onemocnění.
B) Předpokládám, že pacienti po akutním infarktu myokardu jsou ochotni provést změny ve svém nadcházejícím způsobu života.
4. Předpokládám, že pacienti jsou informováni o následné léčbě a režimových opatřeních po akutním infarktu myokardu při dimisi.

Metoda:

Kvantitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

Dotazník

Místo a čas realizace výzkumu:

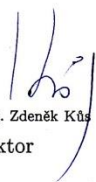
Krajská nemocnice Liberec, a.s., únor - duben 2013 Vzorek:

Pacienti na kardiologickém oddělení.

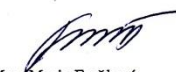
Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy: 50-70 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury: viz příloha

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Kateřina Krejbichová, DiS.
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: 1. září 2013
Termín odevzdání bakalářské práce: 30. června 2014


prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs
rektor




Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 28. února 2014

Příloha zadání bakalářské práce

Seznam odborné literatury:

1. POSPÍŠILOVÁ, Blanka., ŠRÁM, Jaroslav., PROCHÁZKOVÁ, Olga., Anatomie pro bakaláře II: systém kardiovaskulární, systém nervový, smyslové orgány, soustava kožní, žlázy s vnitřní sekrecí, Liberec: Technická univerzita, 2012, 162s., ISBN 978-80-7372-849-6.
2. ŠTEJFA, Miloš a spol., Kardiologie, třetí přepracované a doplněné vydání, Praha: Grada, 2007, 722s., ISBN 978-80-247-1385-4.
3. ŠTEINER, Jiří., Kardiopatologie: pro patology i kardiology, Praha: Galén, 2010, 125s., ISBN 978-80-7262-672-4.
4. DANCHIN, Nicolas., CUZIN, Emmanuel., Srdeční infarkt: jak mu předcházet a jak se s ním vyrovnat, Praha: Portál, 2006, 119s., ISBN 80-7367-077-1.
5. MEREDITH, Sheena., Jak se vyhnout infarktu a cévním mozkovým příhodám: vaše obrana v deseti krocích, Praha: Reader's Digest Výběr, 2011, 256s., ISBN 978-80-7406-146-2.
6. VÍTOVEC, Jiří., ŠPINAR Jindřich., Farmakoterapie kardiovaskulárních onemocnění, Praha: Grada Publishing, 2000, 249s., ISBN 80-7169-552-1.
7. Kolektiv autorů (překlad Hana Pospíšilová)., Kardiologie pro sestry, Praha: Grada Publishing, 2013, 256s., ISBN 978-80-247-4083-6.
8. KOLÁŘ, Jiří., et al., Kardiologie pro sestry intenzivní péče, Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-604-5.
9. POKORNÁ, Andrea., Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, 104s., ISBN 978-80-7013-524-2.
10. JUŘENÍKOVÁ, Petra., Zásady edukace v ošetrovatelské praxi, Praha: Grada, 2010, 77s., ISBN 978-80-247-2171-2.
11. CRAWFORD, Michael H., DIMARCO, John P., PAULUS, Walter J., Cardiology, Philadelphia Mosby/Elsevier, 2010, 1953s., ISBN 978-0-7234-3485-6.

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Liberec 26. 6. 2014

Podpis:

Poděkování:

Chtěla bych touto cestou poděkovat paní Mgr. Kateřině Krejbichové, DiS. za vedení, trvalý zájem, cenné rady a připomínky při psaní mé bakalářské práce.

Zvláštní poděkování patří také všem, kteří se zúčastnili mého výzkumu, za jejich ochotu a spolupráci, v neposlední řadě děkuji rodině za neustálou podporu po celou dobu mého studia.

Anotace v českém jazyce

Jméno a příjmení autora: Tereza Korelová

Instituce: Technická univerzita Liberec, Ústav zdravotnických studií

Název práce: Akutní infarkt myokardu z pohledu pacienta

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Krejbichová, DiS.

Počet stran: 90

Počet příloh: 7

Rok obhajoby: 2014

Souhrn: Bakalářská práce je zaměřena na pacienty po akutním infarktu myokardu, kteří byli hospitalizováni na oddělení Kardiologie v Krajské nemocnici Liberec a.s.. Cílem práce bylo zmapovat, jaký pohled má pacient na akutní infarkt myokardu. Práce je rozdělena na 2 části. Teoretická část se nazývá akutní infarkt myokardu. V empirické části byla použita forma anonymního dotazníku. Výstupem byla tvorba edukačního materiálu z oblasti sekundární prevence.

Klíčová slova: akutní infarkt myokardu, pacient, ateroskleróza, edukace, informovanost

Anotace v anglickém jazyce

Name and surname: Tereza Korelová

Institution: Technická univerzita Liberec, Ústav zdravotnických studií

Title: The heart attack from the patient's view

Supervisor: Mgr. Kateřina Krejbichová, DiS.

Pages: 90

Apendix: 7

Year: 2014

Summary: Bachelor work is focused on patients after acute myocardial infarction who were hospitalized at the Department of Cardiology at the Regional Hospital Liberec a.s.. The aim was to map the view of the patient on an acute myocardial infarction. The thesis is divided into two parts. Theoretical part is about acute myocardial infarction. In the empirical part was used a form of an anonymous questionnaire. The outcome was the creation of educational material in the area of secondary prevention.

Key words: Heart attack, Patient, Artherosclerosis, Education, Awareness

OBSAH

TEORETICKÁ ČÁST

| | | |
|---------|-----------------------------------------------------------|----|
| 1 | ÚVOD | 15 |
| 2 | ANATOMICKO-FYZIOLOGICKÝ ÚVOD | 16 |
| 2.1 | Anatomie srdce | 16 |
| 2.2 | Fyziologie kardiovaskulárního systému | 16 |
| 2.2.1 | Převodní systém srdeční | 16 |
| 2.2.2 | Koronární průtok | 17 |
| 2.3 | Vliv nervového systému na činnost srdce..... | 17 |
| 3 | ATEROSKLERÓZA (AT)..... | 18 |
| 3.1 | Etiopatogeneze AT | 18 |
| 3.2 | Rizikové faktory AT | 18 |
| 3.3 | Terapie AT..... | 18 |
| 4 | AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU (AIM) | 19 |
| 4.1 | Rizikové faktory AIM..... | 19 |
| 4.2 | Patofyziologie AIM | 19 |
| 4.3 | Lokalizace AIM | 19 |
| 4.4 | Příznaky AIM | 20 |
| 4.5 | Sled patologický změn v čase | 20 |
| 4.6 | Diagnostika AIM | 21 |
| 4.6.1 | EKG křivka u AIM | 21 |
| 4.6.2 | Laboratorní vyšetřovací metody | 21 |
| 4.6.2.1 | Kardiospecifické enzymy (KSE) | 21 |
| 4.6.2.2 | Další biochemické hodnoty ukazující na AIM | 22 |
| 4.6.3 | Echokardiografie..... | 22 |
| 4.6.4 | Koronarografie..... | 23 |
| 4.7 | Léčba AIM..... | 23 |
| 4.7.1 | Přednemocniční terapie | 24 |
| 4.7.2 | Nemocniční léčba | 24 |
| 4.7.2.1 | Revaskulizační léčba | 24 |
| 4.7.2.2 | Farmakoterapie | 25 |
| 4.7.2.3 | Nefarmakologická léčba po AIM – sekundární prevence | 26 |

| | |
|-----------------------------------------------------|-----------|
| 4.8 Komplikace po AIM | 26 |
| 5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTŮ PO AIM..... | 27 |
| 5.1 Nemocný na jednotce intenzivní péče | 27 |
| 5.2 Nemocný na standardní ošetrovací jednotce | 27 |
| 5.3 Ošetrovatelské problémy u pacientů po AIM | 28 |
| 5.4 Úkoly všeobecné sestry | 29 |
| 5.5 Sekundární prevence po AIM | 29 |
| 5.6 Edukace pacienta po AIM..... | 31 |
| 6 EMPIRICKÁ ČÁST | 34 |
| 6.1 Cíle práce | 34 |
| 6.2 Výzkumné předpoklady | 34 |
| 6.3 Metodika výzkumu | 35 |
| 6.4 Metodika dotazníku | 36 |
| 6.5 Charakteristika výzkumného vzorku | 36 |
| 7 ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DAT | 37 |
| 7.1 Vyhodnocení dotazníku | 37 |
| 7.2 Vyhodnocení výzkumných předpokladů | 58 |
| DISKUZE | 63 |
| DOPORUČENÍ PRO PRAXI..... | 70 |
| ZÁVĚR | 70 |
| Seznam bibliografických citací..... | 73 |
| Seznam příloh | 76 |
| Seznam tabulek | 86 |
| Seznam grafů | 90 |

Seznam použitých zkratk

| | |
|-------|----------------------------------|
| ACE | angiotenzin – konvertující enzym |
| AIM | akutní infarkt myokardu |
| aj. | a jiné |
| apod. | a podobně |
| ASA | kyselina acetylsalicylová |
| AT | ateroskleróza |
| CK | kreatinkináza |
| CK-MB | kreatinkináza srdeční frakce |
| cTnI | kardiální izoforma troponinu I |
| cTnT | kardiální izoforma troponinu T |
| ČR | Česká republika |
| DM | Diabetes mellitus |
| EKG | elektrokardiografie |
| g | gram |
| HDL | vysokodenzitní lipoprotein |
| hod. | hodina |
| IM | infarkt myokardu |
| i.v. | intravenózně |
| J | joule |
| KA | kyselina acetylsalicylová |
| KJ | koronární jednotka |
| KSE | kardiospecifický enzym |
| LDH | laktátdehydrogenáza |
| LDL | nízkodenzitní lipoprotein |
| mg | miligram |
| MHz | megahertz |
| min | minuta |
| ml | mililitr |
| mmHg | milimetr rtuťového sloupce |
| např. | například |
| PCI | perkutánní koronární intervence |
| PSS | převodní systém srdeční |

| | |
|------|---------------------------------------------------|
| PTCA | perkutánní transluminální koronární angioplastika |
| RTG | retgenové vyšetření |
| RZP | rychlá zdravotnická pomoc |
| SKG | Selektivní koronarografie |
| Tab. | tabulka |
| TEE | transesofageonální echokardiografie |
| TK | krevní tlak |
| TTE | transtorakální echokardiografie |
| TnI | troponin I |
| TnT | troponin T |
| tzv. | takzvaný |

1 ÚVOD

Akutní infarkt myokardu se stále řadí na přední místa v oblasti morbidity a mortality ve vyspělých zemích. Pravděpodobnost, že někdy zemřeme na srdečně-cévní onemocnění, je 1:2. Pravděpodobnost, že někdy dostaneme rakovinu, je 1:3.

Žijeme v době, kdy se věda a technika dosáhla velmi vysoké kvality. Ale ani ty nejlepší technologie nepomůžou, pokud nemocný nevlivní rizikové faktory spojené s daným onemocněním. Špatný životní styl je ve většině případů důvodem vzniku onemocnění. Kouření, strava a nedostatečná tělesná aktivita se řadí mezi ovlivnitelné rizikové faktory, za který si každý nemocný zodpovídá sám. Je v silách zdravotnického personálu ovlivnit režim nemocného po propuštění? Tato a další otázky mi vyvstávají na mysli při absolvování praxe v nemocnici.

V této práci jsem se zaměřila na: akutní infarkt myokardu z pohledu pacienta. Zajímalo mě, jaký pohled mají na toto onemocnění právě pacienti. Zda si uvědomují své chyby, zda budou ochotni provést změnu ve svém dosavadním způsobu života, a jaký postoj k nemoci mají. Jako všeobecná sestra se s touto problematikou nejednou setkávám a je důležité vědět, jak se k této situaci staví samotní pacienti. Tuto práci jsem se snažila psát tak, aby přinesla nové poznatky o pohledu pacienta na onemocnění.

TEORETICKÁ ČÁST

2 ANATOMICKO – FYZIOLOGICKÝ ÚVOD

2.1 Anatomie srdce

Srdce je dutý svalový orgán ve tvaru kužele. Jeho hrot směřuje dolů a doleva. Pracuje automaticky, pravidelnými rytmickými stahy. Je uloženo v hrudníku – mediastinu. Srdce je složeno ze 4 dutin. Pravá a levá předsíň, *atrium dextrum et sinistrum* a pravá a levá komora, *ventriculus dexter et sinister*. Další součástí jsou srdeční chlopně.¹

Srdeční stěna se skládá ze tří vrstev. Jsou to endotel, myokard (příčně pruhovaná srdeční svalovina), ta je nejsilnější, a perikard.²

Při odstupu aorty z levé komory se nachází těsně nad aortální chlopní část věnčité neboli koronární tepny. Zajišťují vlastní zásobení srdce kyslíkem. Jsou dvě, levá koronární tepna neboli *Arteria coronaria sinistra*. Délka kmene je 1-2 centimetry. Ve svém průběhu se dělí na *ramus interventricularis anterior* a *ramus circumflexus sinister*. V této části protéká 85% koronární krve. Zbývá krev (asi 15%) proudí pravou koronární tepnou, *Arteria coronaria dexter*.³

2.2 Fyziologie kardiovaskulárního systému

2.1.1 Převodní systém srdeční

PSS je specializovaná svalová tkáň, která je schopna tvořit a vést vzruchy. Zahrnuje sinoatriální a atrioventrikulární uzlík.

¹ POSPÍŠILOVÁ, Blanka, Jaroslav ŠRÁM a Olga PROCHÁZKOVÁ. *Anatomie pro bakaláře II.: systém kardiovaskulární, systém nervový, smyslové orgány, soustava kožní, žlázy s vnitřní sekrecí*. Vyd. 1. V Liberci: Technická univerzita, 2012, Sestra (Grada). ISBN 978-80-7372-849-6., s. 9.

² *Kardiologie pro sestry: obrazový průvodce*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2013, 248 s. ISBN 978-802-4740-836. s. 12

³ POSPÍŠILOVÁ, B. *Anatomie pro bakaláře II.* s. 14 – 15.

Z atrioventrikulárního uzlu se vede vzruch do Hisova svazeku, spojující elektricky síně a komory. Ve stěně komor se nalézají Tawarova raménka, která se dělí na Purkyňova vlákna a rozvádí vzruch na pracovní myokard komor.⁴

2.1.1. Koronární průtok

Větší část průtoku koronárními tepnami se děje při diastole, proto její délka a též i hodnota jsou jedním z určujících faktorů koronárního průtoku. Z minutového srdečního výdeje proudí koronárními tepnami 4 – 5 % krve. Průtok je řízen metabolickými nároky myokardu.⁵

2.2. Vliv nervového systému na činnost srdce

Srdce podléhá vlivu centrální nervové soustavy. Je ovlivněn vegetativním nervovým systémem. Ten se dělí na dráhy sympatiku a parasympatiku. Sympatikus zajišťuje zrychlení srdeční akce, vasodilataci (rozšíření věnčitých tepen). Jeho mediátor je noradrenalin. Parasympatikus, kde mediátorem je acetylcholin, se podílí na zpomalení srdce, která může vést až k zástavě. U věnčitých tepen způsobuje vazokonstrikci.⁶

⁴ MOUREK, Jindřich. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2. vyd. Praha: Grada, 2012, ISBN 978-802-4739-182. s. 36.

⁵ ŠTEJFA, Miloš. *Kardiologie*. 3. vyd. Praha: Grada, 2007, ISBN 978-802-4713-854. s. 11.

⁶ MOUREK, J. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. s. 48.

3 ATEROSKLERÓZA

Ateroskleróza (dále AT) je charakterizovaná jako proměnlivé změny v intimě a medii tepen, způsobené nahromaděním lipidů, sacharidů, krevních buněk, vaziva a vápníku.⁷

3.1. Etiopatogeneze AT

Proces vzniku aterosklerotických změn v cévách se nazývá též aterogeneze. Na jejím začátku je endotelová dysfunkce (poškození endotelu mechanicky či chemicky) a zvýšení jeho propustnosti pro lipidovou molekulu. Další změny probíhající v tepnách se dělí do tří vývojových stadií.⁸ (podrobněji viz příloha)

3.2. Rizikové faktory AT

Příčiny aterosklerózy jsou neznámé. Pro nás známé jsou jen rizikové faktory. Mezi neovlivnitelné patří genetické dispozice, pohlaví a věk (vyšší riziko u mužů nad 45 let, u žen nad 55 let). Ovlivnitelných faktorů je celá řada, za nejdůležitější se považují hyperlipoproteinémie, arteriální hypertenze, kouření cigaret, diabetes mellitus a inzulinová rezistence, nedostatek fyzické aktivity a obezita.⁹ (podrobněji viz příloha)

3.3. Terapie AT

Terapie AT vede k vyloučení rizikových faktorů, které každý může ovlivnit. V konzervativní léčbě se přistupuje k změně životního stylu. Ve farmakologické terapii se podávají hypolipidemika, inhibitory ACE (působí vazodilataci) a amlodipin (patří mezi blokátory Ca kanálů, zlepšuje endotelovou dysfunkci).¹⁰

⁷ ŽÁK, Aleš a Jaroslav MACÁŠEK. *Ateroskleróza: nové pohledy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 183 s. ISBN 978-802-4730-523. s. 10.

⁸ KOLÁŘ, Jiří. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 4. vyd. Praha: Galén, 2009, ISBN 978-807-2626-045. s. 107.

⁹ CRAWFORD, Michael H. *Cardiology*. 3rd ed. Philadelphia: Mosby/Elsevier, 2010, ISBN 07-234-3485-9. s. 7.

¹⁰ Tamtéž, s. 89.

4 AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU

Akutní infarkt myokardu (AIM) je definován jako „*akutní ložisková ischemická nekróza srdečního svalu, vzniklá na podkladě náhlého uzávěru nebo progresivního extrémního zúžení věnčité tepny zásobující příslušnou myokardiální oblast*“.¹¹

U většiny případů je příčinou koronární ateroskleróza s rupturou intimy a trombózou v místě plátu. Mezi méně časté patří spasmy, arteritidy nebo embolie věnčitých tepen.¹²

4.1 Rizikové faktory AIM

Můžeme je rozdělit na faktory ovlivnitelné a neovlivnitelné. Mezi ovlivnitelné patří např. kouření, stravovací návyky, způsob života, tělesná aktivita, stresové situace a konzumace alkoholu. Dále to jsou hypertenze nebo také hypercholesterémii. Neovlivnitelnými jsou věk, pohlaví, pozitivní rodinná anamnéza genetická vybavenost a u žen postmenopauzální věk.¹³

4.2 Patofyziologie AIM

Infarkt neboli tkáňová ložisková nekróza, je zapříčiněna ischemií. V 85 % případů vznikne trombus, který se usadí v místě aterosklerotické koronární stenózy. Za mechanismy vzniku jsou pokládány turbulence a ruptura ateromového plátu s obnažením kolagenu.¹⁴

4.3 Lokalizace AIM

AIM vzniká v oblasti uzávěru koronární tepny. Dle místa uzávěru lokalizujeme jednotlivé větve koronárních tepen zásobující následující oblasti levé komory.

Ramus interventricularis anterior - přední stěna, přední strana septa a hrot.

¹¹ ŠTEJFA, M. *Kardiologie*. s. 483.

¹² ASCHERMANN, Michael. *Kardiologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 753 s. ISBN 80-726-2290-0. s. 688.

¹³ ŠTEJFA, M. *Kardiologie*. s. 214.

¹⁴ ŠTEINER, Ivo. *Kardiopatologie: pro patologii i kardiologii*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010, 125 s. ISBN 978-807-2626-724. s. 28,

Ramus diagonalis - anterolaterální stěna.

Ramus circumflexum - zadní (spodní) stěna a boční stěna.

Arteria coronaria dexter - spodní (zadní) stěna, zadní strana septa či hrot, pravá komora.¹⁵

4.4 Příznaky AIM

Charakteristickým symptomem u pacientů s AIM je angionózní bolest lokalizována retrosternálně a vyzařující na přední plochu hrudníku, do paže, nejčastěji do levé, do ramen, do zad, do krku, dolní čelisti a tváře. Může být popisována jako tlaková, píchavá, svíravá, drtící nebo pálivá. Pacient má bolesti nereagující na úlevovou polohu. Zpravidla trvají déle než 20 minut (většinou ne déle jak 12 hodin). Objevuje se pocení, nauzea a zvracení, které jsou způsobeny zvýšeným tonem parasymptiku. Zvýšený tonus sympatiku zapříčiňuje tachykardii, hypertenzní reakci, dušnost, kašel. U pacientů můžeme pozorovat slabost a strach z blížící se smrti. Přibližně 20% pacientů s AIM má atypické symptomy nebo někteří jsou dokonce asymptomatictí. Mluvíme o tzv. „němém infarktu myokardu“, který se později zjistí při náhodném vyšetření EKG. Většinou se vyskytuje u pacientů starších, žen a diabetiků.¹⁶

4.5 Sled patologický změn v čase

Při uzávěru věnčité tepny přežívají buňky myokardu přibližně 20 minut se schopností úplné nápravy při obnovení dodávky kyslíku. Po 20 minutách začínají buňky myokardu nekrotizovat. Obvyklý postup nekrózy je od endokardu k epikardu, od centra do periferie ischemické oblasti, trvající 4-12 hodin (obvykle 6 hodin). Postup nekrózy je ovlivněn několika faktory: úplnost přerušení koronárního průtoku, spotřebou kyslíku myokardu (tj. výše systolického tlaku a srdeční frekvencí), přítomností kolaterál.¹⁷

¹⁵ ASCHERMANN, M. *Kardiologie*. s. 690.

¹⁶ ŠPINAR, Jindřich. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 255 s. ISBN 978-802-4717-494. s. 194.

¹⁷ ASCHERMANN, M. *Kardiologie*. s. 691.

4.6 Diagnostika

Kritéria Světové zdravotnické organizace (SZO) pro určení akutního infarktu myokardu vyžadují přítomnost dvou ze tří prvků.

1. Anamnéza lokalizující déletrvající srdeční ischemii (>30 minut).
2. Vývojové změny na několika po sobě jdoucích EKG křivkách ukazující infarkt myokardu.
3. Vzestup a pokles srdečních markerů v séru.¹⁸

4.6.1 EKG křivka u AIM

Srdeční rytmus, charakterizovaný jako normální, se nazývá „sinusový rytmus“, tj. vzruch vycházející ze sinoatriálního uzlu.¹⁹

AIM s elevací úseku ST se nazývá STEMI. AIM bez elevací úseku ST úseku, nazývané NSTEMI, nepostihující celou šíři stěny a nevytvářejí elektrické okno.

Pro určení diagnózy infarktu myokardu slouží nejen křivka EKG, ale především elevace a hodnota kardiomarkerů. Určení správné diagnózy je důležité pro správné a okamžité zahájení léčby.²⁰

4.6.2 Laboratorní vyšetřovací metody

4.6.2.1 Kardiospecifické enzymy (KSE)

Pro průkaz akutního infarktu myokardu je charakteristické přechodné zvýšení aktivity biochemických markerů v prvních hodinách a dnech po vzniku infarktu. Jako nejpresnějšími kardiomarkery AIM se využívají troponin T (TnT) a troponin I (TnI). Kardiální izoformy (cTnT a cTnI) mají jedinečné aminokyselinové složení a jsou proto pro myokard specifické. Dalšími biochemickými markery jsou CK-MB

¹⁸O'ROURKE, Robert A., Richard A. WALSH a Valentín FUSTER. *Kardiologie: Hurstův manuál pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 767 s. ISBN 978-802-4731-759. s. 289.

¹⁹HABERL, Ralph. *EKG do kapsy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 281 s. ISBN 978-802-4741-925. s. 12.

²⁰Tamtéž, s. 91.

a myoglobin. Současné zvýšení troponinu i CK/CK-MB znamená zcela jistou diagnózu infarktu myokardu.

V krvi se troponin cTnT normálně nevyskytuje. Zvýšení troponinu po začátku akutního infarktu myokardu může očekávat v průběhu 3-8 hodin a prvního vrcholu je dosaženo za 12–18 hodin od poškození myokardu. Během 7-10 dnů klesá na nedetekovatelné hladiny.

Myoglobin je bílkovina přítomná v myokardu a kosterních svalech. Uvolňován je do séra při nekróze již za 2 hodiny. Maximum hodnot je měřitelné za 4-6 hodin. K normálu se vrací za 12-24 hod.²¹

4.6.2.2 Další biochemické hodnoty ukazující na AIM

Krevní obraz ukazuje u infarktu leukocytózu, obvykle za 2 hod po začátku stenokardie.

Sedimentace a hematokrit je zvyšován po infarktu za 4-5 dnů a může přetrvávat několik týdnů.

Glykémie a její zvýšená hodnota je pozorovatelná i u osob bez diabetu vlivem stresu. Stav může trvat i několik týdnů.²²

4.6.3 Echokardiografie

Pro kardiologii je echokardiografie považována za jednu z nejdůležitější neinvazivní vyšetřovacích metod. Principem je ultrazvukové vlnění o frekvenci 2,5 až 10 MHz. Zobrazuje nejen srdce a velké cévy, ale i proudění v srdci a množství krve v srdečních dutinách.²³

Podle umístění sondy rozdělujeme echokardiografii na transtorakální (TTE), kdy se sonda přikládá na hrudník, a na transezofageální (TEE) metodu zavádějící flexibilní fibroskop do jícnu.

Dopplerovská metoda (barevné dopplerovské mapování) slouží k vyšetřování proudění krve v srdečních oddílech, jeho charakter (laminární, turbulentní), rychlost a směr.²⁴

²¹ ASCHERMANN, M. *Kardiologie*. s. 694 – 695.

²² O'ROURKE, R. aj. *Kardiologie: Hurstův manuál pro praxi*. s. 292.

²³ CRAWFORD, M. *Cardiology*. s. 349.

²⁴ O'ROURKE, R. aj. *Kardiologie: Hurstův manuál pro praxi*. s. 67.

4.6.4 Koronarografie

Selektivní koronarografie (SKG), neboli srdeční katetrizace, je invazivní vyšetřovací metoda, která umožňuje zobrazit koronární řečiště a místo poškození (uzávěru) koronární tepny. Vyšetření se provádí pomocí nástřiku kontrastní látky a rentgenologického zobrazení. Nejčastějším důvodem k vyšetření je podezření na zúžení, případně uzavěr koronárních tepen, které vzniká především na podkladě kornatění (aterosklerózy) těchto cév. Výsledky tohoto vyšetření slouží dále jako podklady při volbě dalšího léčebného postupu.²⁵

Koronarografie se provádí za sterilních podmínek na speciálním RTG sálku (laboratoře). Vyšetření se provádí vleže a trvá přibližně 30 minut. Po celou dobu je kontrolována srdeční činnost pomocí EKG svodů na pacientově hrudi. Čidlem připevněným na prstě snímáno okysličení krve.

Vyšetření se provádí dvěma přístupy. Lékař zavádí katétr buď femorální artérií, nebo častěji radiální artérií. Zvolené místo se důkladně desinfikuje, opíchne místním anestetikem a speciální dutou jehlou se provede vpich do femorální nebo radiální tepny. Poté se zavádí katétr, kterým je vstříknuta kontrastní látka do vyšetřovaných cév. Koronární tepny s kontrastní látkou se poté zobrazují na jednotlivých RTG snímcích.

Při přístupu přes femorální tepnu je nutné, aby pacient po vyšetření minimálně 12 hodiny ležel s kompresí na místě vpichu. Přístupem přes radiální artérii má pacient na místě vpichu minimálně čtyři hodiny kompresivní náramek.²⁶

4.7 Léčba AIM

Základním a hlavním cílem je zprůchodnění tepny a znovuoobnovení prokrvení myokardu. Důležité je předcházet komplikacím, např. srdečnímu selhání nebo kardiogennímu šoku.²⁷

²⁵ ASCHERMANN, M. *Kardiologie*. s. 485.

²⁶ ŠTEJFA, M. *Kardiologie*. s. 178.

²⁷ VÍTOVEC, Jiří a Jindřich ŠPINAR. *Farmakoterapie kardiiovaskulárních onemocnění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000, 249 s. ISBN 80-716-9552-1. s. 207.

4.7.1 Přednemocniční terapie

Nesmírně důležitá je včasná diagnóza a zahájení přednemocniční léčby, neboť zásadně ovlivňují osud nemocného. Rychlá zdravotnická pomoc má být vždy přivolána při podezření na AIM. Na místě RZP provede sběr informací o pacientovi a o události, kvůli které přivolal pomoc, dále fyzikální vyšetření a EKG vyšetření. Lékař prvního kontaktu při podezření na AIM podá kyselinu acetylsalicylovou (ASA) jako antiagregační látku. Nejčastěji ve formě intravenózní (Aspegic, Kardegic 500 mg), dále heparin dle váhy pacienta. Vhodné je i rutinní podání klopidoogrelu.²⁸ Každý nemocný s podezřením na AIM musí inhalovat kyslík. Podávají se také léky k potlačení bolesti, morfin nebo fentanyl. V předhospitalizační fázi je vhodné podat heparin ještě před transportem na PCI.²⁹

4.7.2 Nemocniční léčba

Každý nemocný přivezený do nemocnice pro náhle vzniklou bolest na hrudi by měl mít ihned po příjezdu natočen 12svodový EKG záznam a zavedenou periferní žilní kanylu (pokud ji nemá již od RZP). Příjem nemocných s výraznými symptomy (silné stenokardie, známky srdečního selhání) nebo s prokázanými elevacemi úseku ST na EKG v přednemocniční fázi, by mělo být organizováno tak, aby tyto nemocní byli pokud možno z vozu záchranné služby po telefonické domluvě převezeni rovnou na katetrizační sál k SKG/PCI. Poté jsou překládáni na lůžko koronární jednotky (KJ).

Při neprokázaných elevacích úseku S-T (NSTEMI) je nemocný uložen na lůžko koronární jednotky do doby, než se diagnóza potvrdí nebo vyloučí.³⁰

4.7.2.1 Revaskulizační léčba

- **Perkutánní koronární intervence (PCI)**

Dříve označován jako PTCA – perkutánní transluminální koronární angioplastika. PCI je bezpečný výkon, s velmi malým rizikem závažných komplikací.

²⁸ ŠTEJFA, M. *Kardiologie*. s. 491.

²⁹ ASCHERMANN, M. *Kardiologie*. s. 717-719.

³⁰ Tamtéž, s. 720.

Cílem koronární intervence je provést „opravu“ zúženého místa, či úplného uzávěru koronární (věňčité) tepny zásobující srdeční sval. PCI bezprostředně navazuje na koronarografii, tedy selektivní koronarografii, neboli vyšetření koronárních tepen. Při PCI prováděné nafouknutím balónku provedeme rozšíření postižené tepny.³¹

- **Koronární bypass**

Koronární bypass je operace na srdci, jejímž principem je přemostění zúžení nebo uzávěru věňčitých tepen. Pro bypassy se používají cévy ze dvou zdrojů. Buď se využívají žilní štěpy (povrchní žíly, odebrané z dolní končetiny), nebo štěpy tepenné (nejčastěji tepnu probíhající na vnitřní straně hrudní kosti). Kardiochirurg rozhodne, který typ bypassu bude nejvýhodnější. Při operaci získáme přístup k srdci podélným řezem hrudní kostí, tzv. sternotomie. Operace je prováděná při připojení na mimotělní oběh. Ten na potřebnou dobu, nutnou k vlastnímu operačnímu výkonu na srdci, převzme funkci srdce a plic. Celá operace trvá průměrně 4 hodiny.³²

4.7.2.2 Farmakoterapie

- **Trombolýza**

Jde o metodu, kdy podáním trombolytika dojde k rozpuštění trombu a následnému zprůchodnění cévy. V ČR je dobře organizována přednemocniční péče. Dostupnost katetrizačního centra s nonstop provozem je do 90 minut, a proto by metodou volby u většiny pacientů měla být PCI.³³

- **Farmakoterapie**

Při hospitalizaci se podává heparin a jeho nízkomolekulární formy pro antikoagulační léčbu. Dále se podává ASA, a léky ticlopidin nebo clopidogrel jako antiagregační léčba. Beta-blokátory se podávají pro příznivé ovlivnění srdeční remodelace a funkce komor. Inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu (ACE) podáváme u nemocných se sníženou ejekční frakcí levé komory, známkami srdečního selhání. Hypolipidemika

³¹ KRAJÍČEK, Milan, et al. *Chirurgická a intervenční léčba cévních onemocnění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 436 s. ISBN 978-80-247-0607-8. s. 303.

³² O'ROURKE, R. aj. *Kardiologie: Hurstův manuál pro praxi*. s. 342.

³³ ŠTEJFA, M. *Kardiologie*. s. 487.

(statiny) dáváme pacientům pro lepší prognózu po IM a nitráty pro relaxaci hladkého svalu cévní stěny.³⁴

4.7.2.3 Nefarmakologická léčba po AIM – sekundární prevence

Sekundární prevence po AIM se zaměřuje na odstranění rizikových faktorů. Jejím cílem je snížení rizika opětovného vzniku AIM, zlepšení kvality života a snížení mortality. Zahrnuje rehabilitaci po AIM, kouření, zvládání stresu, kompenzaci diabetu mellitu (DM) a úpravu hypercholesterolemie.³⁵ (podrobněji viz kapitola Ošetrovatelská péče u pacientů po AIM)

4.8 Komplikace po AIM

Z praktického hlediska se dají rozdělit na benigní, maligní a komplikace velmi časté nebo velmi vzácné. Mezi komplikace, které se mohou po AIM objevit, patří arytmie, srdeční selhání, kardiogenní šok. Mechanickými komplikacemi jsou např. ruptura volné srdeční stěny, ruptura mezikomorového septa, akutní mitrální regurgitace, aneuryzma a remodelace levé komory srdeční.³⁶

³⁴ ASCHERMANN, M. *Kardiologie*. s. 722.

³⁵ ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Interní ošetrovatelství*. s. 148.

³⁶ CRAWFORD, M. *Cardiology*. s. 424.

5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTŮ PO AIM

Jak již bylo zmíněno, pro infarkt je důležitá včasná diagnóza, léčba a převoz do nemocnice. Prvním cílem ošetrovatelské péče je ulevit nemocnému od bolesti aplikací naordinovaných léků a předcházení komplikacím, ale také je velmi důležité všimnout si, jak se u nemocného vyvíjí jeho psychický stav v průběhu hospitalizace.³⁷

5.1 Nemocný na jednotce intenzivní péče

Pacient je po výkonu SKG/PCI překládán na koronární jednotku (popř. na jinou jednotku intenzivní péče) k monitoraci životních funkcí. Mezi nejhlavnější patří sledovat počet dechů, EKG, tlak (TK), pulz (P), saturace kyslíku v krvi (SAT) každou ½ hod. Součástí je zaznamenávání bolesti. Dle ordinace lékaře se aplikují léky. Sleduje se příjem a výdej tekutin. Opakovaně se odebírají a kontrolují laboratorní hodnoty. Dále je sledován stav vědomí pacienta, známky nevolnosti, po případně zvracení, barva kůže, pocení a projevy krvácení. Nemocného se snažíme psychicky podpořit a zklidnit. Velmi důležité je dále umožnit pacientovi kontakt s rodinou buď telefonicky, nebo osobní návštěvou, co nejdříve od příjezdu do nemocnice.³⁸

5.2 Nemocný na standartní ošetrovací jednotce

Po stabilizaci stavu je pacient přeložen na standartní jednotku, nejdříve však 24-30 hodin po PCI. Zde již neprobíhá monitorování životních funkcí každou ½ - 1 hod, ale podle časových intervalů stanovených ošetřujícím lékařem. Sleduje se krevní tlak, pulz, tělesná teplota a počet dechů. Hodnotí se míra soběstačnosti a postupně se pokračuje s aktivizací nemocného.³⁹

³⁷ KOLÁŘ, J. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. s. 309.

³⁸ KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 350 s. ISBN 978-802-4718-309., s. 36.

³⁹ ŠAFRÁNKOVÁ, A. aj. *Interní ošetrovatelství*. s. 150.

5.3 Ošetrovatelské problémy u pacientů po AIM

V rámci ošetrování nemocného po AIM je třeba stanovit ošetrovatelské diagnózy.

Akutní bolest (00132)⁴⁰: Na prvním místě je akutní bolest způsobená ischemií myokardu. Cílem ošetrovatelské péče je sledovat a zaznamenávat projevy bolesti a ulevit nemocnému od bolesti aplikací ordinovaných léků. Při náhlé vzniklé bolesti na hrudi je nemocnému natočeno EKG a volá se lékař. Nemocný je omezen ve své výkonnosti z důvodů bolesti.

Riziko snížené srdeční tkáňové perfuze (00200)⁴¹: U pacienta se může vyskytnout snížená srdeční perfuze z důvodu sníženého art. průtoku koronárním řečištěm, projevu- jící se dušností, bolestí, palpací, únavou a hypotenzí.

Deficit sebedpěče při koupání (00108), Deficit sebedpěče při oblékání (00109) a Defi- cit sebedpěče při vyprazdňování (00110)⁴²: Dále je omezena jeho soběstačnost ze změ- ny pohybového režimu. V rámci hospitalizace je rehabilitace, kdy fyzioterapeut ne- mocného postupně vertikalizuje a začíná více pohybové aktivity.

Úzkost (00146) a strach (00148)⁴³: Další problém, který pozorujeme u nemocného, je úzkost a strach ze smrti, nebo z náhlé změny zdravotního stavu a hospitalizace. Ošetrovatelský personál vhodně zvolí psychologický přístup a cílem je uklidnit nemoc- ného. Problém může nastat i v nedostatku informací o nemoci z pohledu pacienta. Cílem zdravotníků je informovat nemocného a vyzvat ho ke spolupráci.⁴⁴

4.9.4 Úkoly všeobecné sestry u pacientů po AIM

Všeobecná sestra správně stanoví ošetrovatelské diagnózy a provádí samotnou realizaci ošetrovatelského procesu.

- Sleduje hodnoty TK, P, D a teploty.
- Monitoruje se vyprazdňování moče a stolice. Pokud musí být nemocný monito- rován, je možné (v některých případech) přistavit pojízdný klozet k lůžku.

⁴⁰ Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2012-2014. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 550 s. ISBN 978-802-4743-288., s. 498.

⁴¹ Tamtéž, s. 250.

⁴² Tamtéž, s. 259-262.

⁴³ Tamtéž, s. 360 a 378.

⁴⁴ ŠAFRÁNKOVÁ, A. aj. *Interní ošetrovatelství*. s. 149.

- Všeobecná sestra dále provádí naordinované odběry k vyšetření krve, kdy se sledují hodnoty enzymů.
- Všeobecná sestra pečuje o zavedenou periferní kanylu, kde sleduje místo vpichu a jeho okolí, průchodnost a předchází komplikacím (např. flebitida).
- Sleduje pacientův psychický stav, na které se podílí množství a kvalita spánku, odpočinku a pohodlí nemocného.
- Snaží se, aby nemocného nerušily negativní vlivy nemocničního prostředí. Zajišťuje kontakt s rodinou.
- Všeobecná sestra naváže s nemocným kontakt a nechá ho mluvit o jeho obtížích a starostech, poskytne mu psychickou podporu.
- Dále všeobecná sestra dohlédne na dodržování hygieny.
- Dodržování diety č. 7 (neslaná), č. 9 (diabetická) nebo č. 8 (redukční).
- Pokud je nemocný stabilizován, začíná se s rehabilitačním programem v době hospitalizace. Rehabilitaci provádí fyzioterapeut. Všeobecná sestra si v době rehabilitace všímá u nemocného neverbálních projevů bolesti, změn dýchání a nevolnosti. Při výskytu a odhalení komplikací je povinností všeobecné sestry okamžité hlášení lékaři.⁴⁵

4.9.5 Sekundární prevence u pacientů po AIM

- **Rehabilitace po infarktu myokardu**

Záměrem je návrat nemocného do plnohodnotného života. Je prokázáno, že fyzická zátěž a rehabilitace mají příznivý vliv u nemocných po infarktu myokardu. Po přijetí nemocného do nemocničního zařízení se začíná s pohybovou aktivitou co nejdříve. Za 12-24 hodin si pacient může sedat, může se sám najíst a umýt, ale vše pouze na lůžku. Druhý den se pacient zvedá z lůžka a může se projít kolem lůžka. Během dalších dnů se začíná procházet po chodbě a trénuje chůzi do schodů. Celková rychlost rehabilitace se výrazně urychlila po zavedení terapie pomocí PCI.⁴⁶

⁴⁵ ŠAFRÁNKOVÁ, A . aj. *Interní ošetřovatelství*. s. 150.

⁴⁶ ŠTEJFA, M. *Kardiologie*. s. 256.

- **Změna stravovacích návyků**

Mezi nejdůležitější patří změna životního stylu. Zahrnuje snížení tělesné hmotnosti, zvýšení pohybové aktivity a dietní opatření. Tyto činnosti pozitivně ovlivňují další rizikové faktory aterosklerózy, jako jsou vysoký krevní tlak, zvýšená hladina glykémie i zvýšené hodnoty krevních lipidů.⁴⁷

V příloze (příloha II.) je přiložen přehled vhodných potravin, tabulka BMI a správné režimové opatření.⁴⁸

- **Kouření**

Pacienti, kteří po AIM kouří dál, mají dvakrát vyšší mortalitu, než ti, kteří kouřit přestali. Škodlivost cigaret pro myokard spočívá v cigaretovém kouři, kde se vyskytuje zejména nikotin, dehet a oxid uhelnatý. Nikotin má za následek zvýšení krevního tlaku a zrychlení srdeční činnosti tím, že zvyšuje sekreci adrenalinu z nadledvinek. Oxid uhelnatý snižuje prokrvení tkání, protože vytěsňuje kyslík z vazby na hemoglobin.

Metody odvykání kouření se rozdělují na farmakologické a psychologické. Mezi psychologické metody patří např. hypnóza, nebo akupunktura. Záměrem je změnit chování kuřáka a podpořit vůli nekouřit. Za farmakologické postupy k procesu odvykání patří nikotinové náhražky typu náplastí a žvýkaček. Jsou dobře snášeny a snižují abstinenci příznaky.⁴⁹

- **Zvládání stresu**

Existuje mnoho definic stresu. Křivohlavý definuje stres jako: „*vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná*“.⁵⁰

Na člověka působí různé negativní vlivy – stresory. Stresorem v dnešní době mohou být špatné rodinné vztahy, problémy na pracovišti, finanční nejistoty, strach z budoucnosti, zvyšující se kriminalita, agresivita, ztráta blízké osoby aj.. Reakce na ně je individuální. Během psychické zátěže se zrychluje tepová frekvence, zvyšuje se krevní tlak, zrychluje se metabolismus a zvyšuje se svalová činnost, což je dáno

⁴⁷ MEREDITH, Sheena. *Jak se vyhnout infarktu a cévním mozkovým příhodám: vaše obrana v deseti krocích*. 1. vyd. Praha: Reader's Digest Výběr, 2011, 256. ISBN 978-80-7406-146-2. s. 118.

⁴⁸ DANCHIN, Nicolas a Emmanuel CUZIN. *Srdeční infarkt: jak mu předcházet a jak se s ním vyrovnat*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006, 119 s. ISBN 80-736-7077-1. s. 75

⁴⁹ O'ROURKE, R. aj. *Kardiologie: Hurstův manuál pro praxi*. s. 261.

⁵⁰ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada - Avicenum, 1994, 190 s. ISBN 80-716-9121-6. s. 12

uvolňováním katecholaminů z nadledvin. Akutní stres může být v organismu spouštěcím mechanismem AIM. K zvládnutí stresových situací významně přispívá podpora rodiny a přátel. V některých případech se doporučuje i konzultace s psychologem.⁵¹

- **Kompenzace diabetu mellitu**

Je třeba dbát důraz na léčbu samotného diabetu mellitu (dále DM). Výskyt AIM u diabetiků je častější. Důvodem je při nekompenzovaném DM rychlejší proces aterosklerózy a poškození drobných krevních cév – mikroangiopatie.⁵²

- **Úprava hypercholesterolemie**

Pojem hypercholesterolemie označuje nejčastější metabolickou poruchu, a to poruchu metabolismu tuků. Významná souvislost je mezi cholesterolem a aterosklerózou. Rozvoj aterosklerotických lézí závisí hlavně na hladinách LDL-ch. Zásadní roli v procesu aterosklerózy hraje LDL-cholesterol nejen svou koncentrací, ale i kvalitou částic. Snažíme se u pacientů dosáhnout hodnot do 3 mmol/l.⁵³

4.9.6 Edukace nemocného po AIM

Slovo edukace pochází z latinského slova *educare*, které znamená vychovávat, vést vpřed. Podstatou edukace je proces soustavného ovlivnění chování a jednání jedince s cílem pozitivně změnit jeho vědomosti, postoje, návyky a dovednosti.⁵⁴ V posledních letech se klade stále větší důraz na edukační proces v ošetrovatelství, jako na součást kvalifikované péče.⁵⁵

Na edukačním procesu se podílí edukátor (např. všeobecná sestra), která tzv. vyučuje a pacient, který je v roli edukanta. Nemocný by měl mít vůli a být dostatečně motivován k učení nových dovedností. Záleží však osobnostních rysech jedince a také jaký vliv na něj má okolí. Cílem edukace je efektivní výchova pacienta, která vede

⁵¹ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. s. 16.

⁵² ŠTEJFA, M. *Kardiologie*. s. 230.

⁵³ ROSLOVÁ, Hana. *Preventivní kardiologie: v kostce*. 1. vyd. Praha: Axonite CZ, 2013, 248 s. ISBN 978-809-0489-950. s. 61.

⁵⁴ JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712., s. 9.

⁵⁵ SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 63 s. ISBN 978-807-2628-452. s. 23.

k aktivnímu přístupu nemocného ke své nemoci a lepší spolupráci se zdravotníky.⁵⁶

Mezi zásady správné edukace patří individuální přístup k pacientovi. Edukátor by měl mít všeobecné intelektuální schopnosti, odborné znalosti a zkušenosti, tvořivé myšlení, etický přístup empatii a schopnost motivace. Edukátor by měl být empatický, trpělivý. Měl by si všímat, jaký zájem pacient projevuje o nové poznatky a úměrně nastavit dobu edukace s ohledem na potřeby nemocného.⁵⁷ Také je potřeba si všimnout, zda pacient není příliš pod vlivem stresu. Využití edukačních materiálů (brožury, knihy, obrázky aj.) má příznivý vliv na zapamatování. Obě strany, jak edukátor tak i edukant, by se neměly navzájem rušit (např. vyzvánění telefonu). Zdravotník by si měl vymezit dostatečný čas k edukaci a nepodceňovat potřeby nemocného.⁵⁸ Všeobecná sestra zaujímá v procesu edukace postoj edukátorky. Záleží, jaké má intelektuální schopnosti, odborné znalosti, zkušenosti a tvořivou fantazii. Předává nemocnému informace o daném problému přiměřeně, aktivně přistupuje k jeho biopsychosociálnímu stavu a používá názorné ukázky, jak ke zvolenému cíli dojít. Je zde vyžadována a velmi důležitá zpětná vazba.⁵⁹

Edukace je souvislý proces, který má za cíl dobře informovaného, spolupracujícího a ve svém onemocnění zorientovaného pacienta. Edukační proces se skládá z pěti fází. První fáze je zaměřena na poznání pacienta a jeho osobnostních rysů. Zjišťujeme úroveň vědomostí a dovedností, motivaci k učení a návyky. V druhé fázi si určíme edukační diagnózu a upřesníme vzdělávací potřeby pacienta. Další fází je poznání a posílení motivace pacienta a pomoc mu identifikovat se s cíli výuky. Při tvorbě programu se zvolí vhodně metoda edukace, učivo, pomůcky a stanoví se cílová skupina. Čtvrtou fází je samotná realizace programu. Po ní následuje konečné zhodnocení.⁶⁰

Edukaci můžeme rozdělit na základní, reedukaci a komplexní edukaci. Základní edukací jsou pacientovi podávány nové vědomosti či dovednosti a je motivován ke změně hodnotového žebříčku. V případě AIM se může např. jednat o podání kompletních informací pacientovi o příčinách vzniku AIM, podstatě nemoci nebo léčby. Dalším příkladem může být edukace pacienta o nově diagnostikované nemoci např. pacienta s hypertenzí.

⁵⁶ JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. s. 69.

⁵⁷ POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. 3., dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, 104 s. ISBN 978-80-7013-524-2. s. 54.

⁵⁸ JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. s. 32.

⁵⁹ SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. s. 16

⁶⁰ JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. s. 21.

Reedukace navazuje na předchozí vědomosti edukovaného jedince a snažíme se je prohloubit. Například u nemocného s AIM, kdy v akutní fázi provedeme základní edukaci, se po odeznění akutní fáze snažíme u pacienta vědomosti a dovednosti prohloubit. Edukace komplexní je, že jedinci jsou etapově předávány ucelené vědomosti a budovány dovednosti ke zdraví prospěšným opatřením, např. kurzy.⁶¹

Edukační proces by měl obsahovat informace o podstatě nemoci, principech léčby, možnostech úpravy životního režimu, způsobu a významu monitorování nemoci a efektu léčby, pravidlech pro situace, kdy je nutná péče ve zdravotnickém zařízení. Mezi oblast edukace také patří sekundární prevence zahrnující kouření, snížení hmotnosti, dietní opatření a zvládání stresu. O této problematice již bylo zmíněno v kapitole 4.7.2.3. Nefarmakologická léčba po AIM – sekundární prevence.⁶²

⁶¹ JUŘENÍKOVÁ, P. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. s. 12.

⁶² SVĚŘÁKOVÁ, M. Edukační činnost sestry. s. 37.

6 EMPIRICKÁ ČÁST

6.1 Cíle práce

Ve své bakalářské práci jsem si na základě pozorování a literatury stanovila celkem 5 cílů.

Cíl 1. - Zmapovat všeobecné informace pacientů o akutním infarktu myokardu (příčina nemoci, rizikové faktory, rodinné dispozice, následná léčba, následky nemoci, prevence).

Cíl 2. - Zjistit stav informovanosti pacientů o jejich aktuálním zdravotním stavu první hospitalizační den.

Cíl 3. - Zjistit, zda si jsou pacienti vědomi možných chyb, které k akutnímu infarktu myokardu vedly, a zda jsou ochotni provést změny ve svém dosavadním způsobu života.

Cíl 4. - Zmapovat informovanost pacientů o další léčbě a režimových opatřeních po akutním infarktu myokardu při dimisi.

Cíl 5. - Vytvořit edukační materiál týkající se oblasti sekundární prevence určený pacientům po infarktu myokardu.

6.2 Výzkumné předpoklady

Na základě stanovených cílů jsem si určila 5 výzkumných předpokladů.

Výzkumný předpoklad č. 1 - Předpokládám, že na minimálně polovinu znalostních otázek odpoví správně více než 60% respondentů mladších 65 let, po 1. prodělaném AIM a 40% respondentů starších 65 let.

Tento výzkumný předpoklad vznikl na podkladě jiné bakalářské práce.

Výzkumný předpoklad č. 2. - Předpokládám, že více než 60 % respondentů 1. hospitalizační den po zákroku zná svůj zdravotní stav.

Tento výzkumný předpoklad vznik na podkladě pilotního šetření.

Výzkumný předpoklad č. 3 - Předpokládám, že více než 2 /3 respondentů zná vliv rizikových faktorů (kouření, stravovací návyky, tělesná aktivita, způsob života a pozitivní rodinnou anamnézu) na vznik infarktu myokardu.

Tento výzkumný předpoklad vznikl na podkladě jiné bakalářské práce.

Výzkumný předpoklad č. 4. - Předpokládám, že minimálně 60 % pacientů odpoví, že jsou ochotni provést změnu ve svém dosavadním způsobu života.

Tento výzkumný předpoklad vznikl na podkladě pilotního šetření.

Výzkumný předpoklad č. 5. - Předpokládám, že více než 60 % pacientům byl vysvětlen po propuštění režim (dieta, kouření, užívání medikace, pohybová aktivita, termín kontroly u kardiologa) a zároveň že podané informace považují za srozumitelné.

Tento výzkumný předpoklad vznikl na podkladě pilotního šetření.

6.3 Metodika výzkumu

Pro sběr dat jsem si vybrala formu dotazníku. Tato kvantitativní metoda sběru dat mi umožnila získat co největší počet respondentů. Výhodou dotazníku bylo, že dotazovaný si sám určil čas strávený jeho vyplněním. Nevýhodou byla nižší návratnost výsledků a neosobní přístup k dotazovanému.

V době své praxe na oddělení Kardiologie, v Krajské nemocnici Liberec, a.s. jsem se 10 pacientů ptala na jejich zdravotní stav první hospitalizační den po zákroku, zda jsou ochotni provést změnu ve svém dosavadním způsobu života a jak jsou spokojeni s informacemi po propuštění. Pilotní šetření probíhalo formou strukturovaného rozhovoru.

Výzkum v Krajské nemocnici Liberec a.s. probíhal na základě udělení písemného souhlasu hlavní sestry Mgr. Marie Fryaufové. Výzkumné šetření probíhalo od února do dubna 2014.

6.4 Metodika dotazníku

Dotazník byl anonymní, což zajišťovalo neidentifikovatelnost osob, od kterých byly konkrétní informace získávány. Jednotlivé otázky byly stanoveny na základě četby odborné literatury, jiné bakalářské práce, pozorování a rozhovory s pacienty v průběhu mé praxe. Dotazník se skládal z 18 otázek. Byly použity otázky uzavřené dichotomické (ano – ne) a polytomické (více variant), otázky otevřené, kontrolní a filtrační.⁶³

První část dotazníků zjišťovala demografické údaje respondentů. Druhou částí byly znalostní otázky týkající se AIM. Třetí část zjišťovala informovanost pacientů první hospitalizační den po léčebném zákroku. Poslední fází bylo zjistit, jak jsou pacienti informováni při dimisi.

6.5 Charakteristika výzkumného vzorku

Cílovou skupinou v mém výzkumném šetření byli pacienti hospitalizováni v Krajské nemocnici Liberec, na standardním oddělení Kardiologie s diagnózou infarkt myokardu, s elevacemi ST i bez ST elevací. Celkem jsem rozdala 70 dotazníků, z toho jsem 13 dotazníků (18 %) musela pro jejich neúplnost vyřadit. Celkem tedy bylo 57 dotazníků.

⁶³ BÁRTLOVÁ, S. *Výzkum a ošetřovatelství*. s. 49 - 52

7 ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DAT

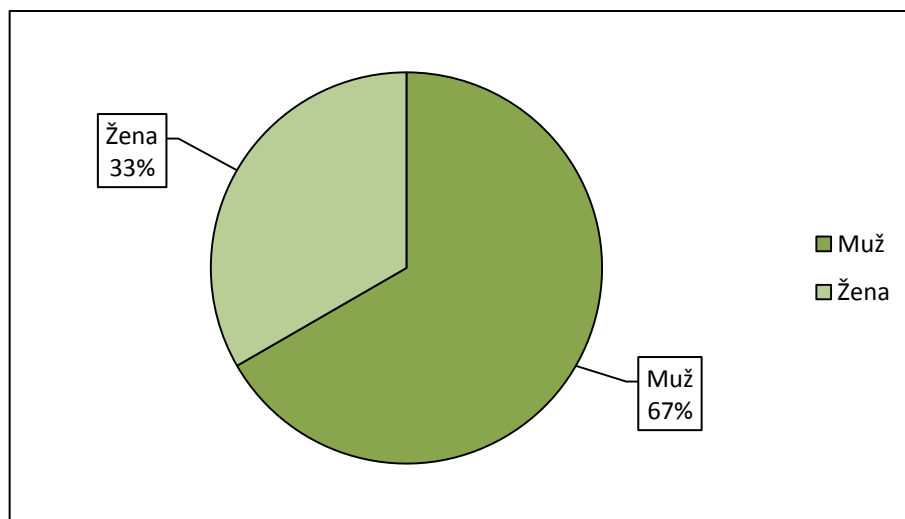
Získané data a údaje byly na konci výzkumného šetření vyhodnoceny a zpracovány do podoby tabulek a grafů v programu Microsoft Excel 2010. Získaná data jsou uvedena jak v absolutní četnosti [n], tak relativní četnosti [%], (zaokrouhleno na celá čísla).

7.1 Vyhodnocení dotazníku

Položka č. 1. Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů

| Pohlaví | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|---------------|------------------------|-----------------------|
| Muž | 38 | 67 % |
| Žena | 19 | 33 % |
| Celkem | 57 | 100% |



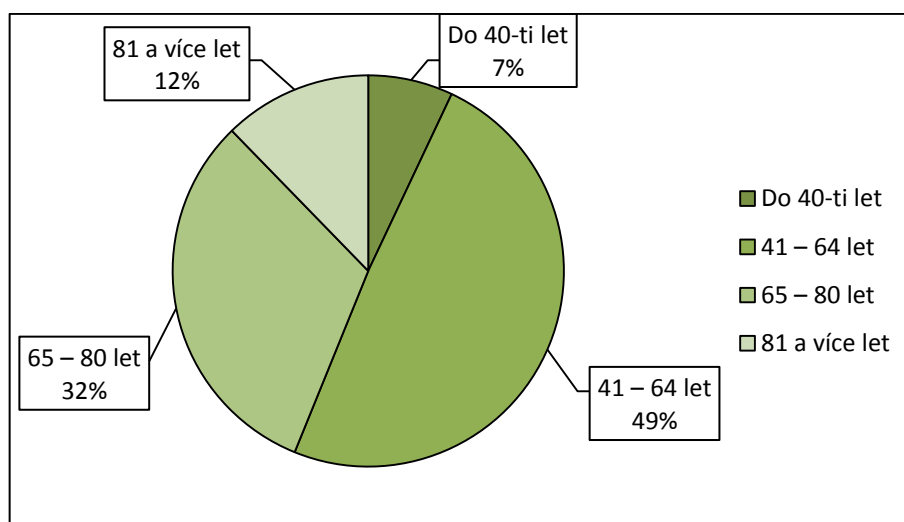
Graf č. 1: Pohlaví respondentů

Výzkumu se zúčastnilo celkem 57 respondentů, z toho 38 mužů (67 %) a 19 žen (33 %).

Položka č. 2. Jaký je Váš věk?

Tabulka č. 2: Věk respondentů

| Pohlaví | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|---------------|------------------------|-----------------------|
| Do 40-ti let | 4 | 7 % |
| 41 – 64 let | 28 | 49 % |
| 65 – 80 let | 18 | 32% |
| 81 a více let | 7 | 12 % |
| Celkem | 57 | 100% |



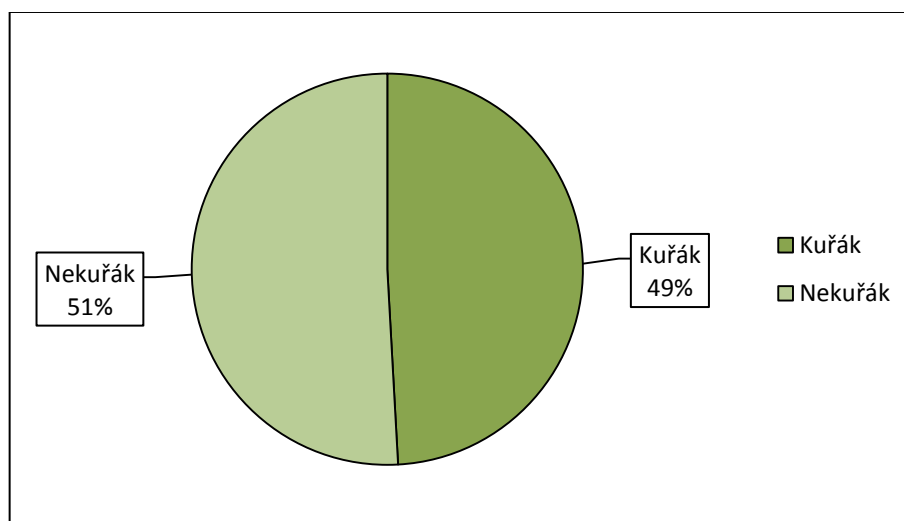
Graf č. 2: věk respondentů

V otázce č. 2 jsem zjišťovala věkové zastoupení oslovených respondentů. Z celkového počtu 57 dotazovaných byly 4 respondenti (7 %) mladší 40 let. 28 dotazovaných (49 %) bylo v kategorii 41 – 64 let. Kategorii 65 – 80 let tvořilo 18 respondentů (32 %). Věk 81 a více let uvedlo 7 dotazovaných (12 %).

Položka č. 3. Jste kuřák?

Tabulka č. 3: Kuřáctví

| Kuřáctví | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|---------------|------------------------|-----------------------|
| Ano | 28 | 49 % |
| Ne | 29 | 51 % |
| Celkem | 57 | 100% |



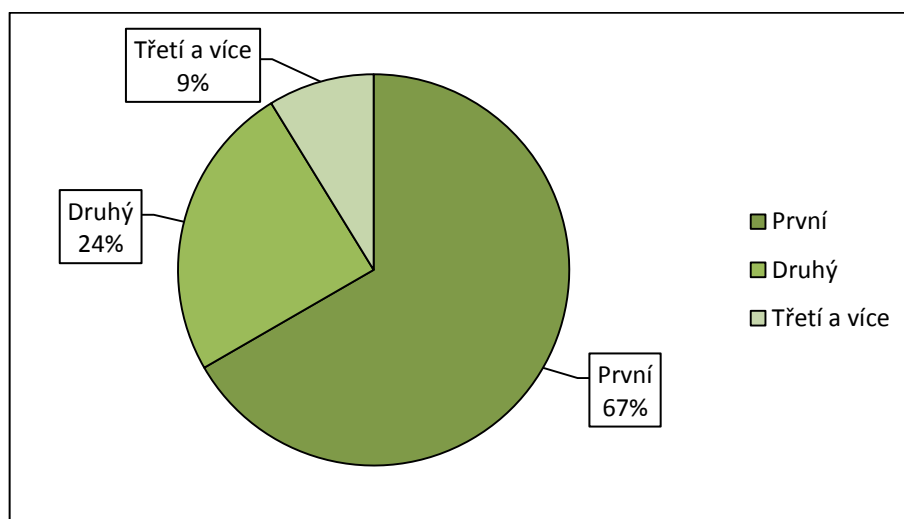
Graf č. 3: Kuřáctví

Zastoupení kuřáků a nekuřáků zjišťovala otázka č. 3. Z celkového počtu 57 dotazovaných kouření uvedlo 28 respondentů (49 %). 29 respondentů (51 %) uvedlo, že nekouří.

Položka č. 4. Tento infarkt je Váš?

Tabulka č. 4: Četnost výskytu AIM u respondentů

| Četnost | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|---------------|------------------------|-----------------------|
| První | 38 | 67 % |
| Druhý | 14 | 24 % |
| Třetí a více | 5 | 9 % |
| Celkem | 57 | 100 % |



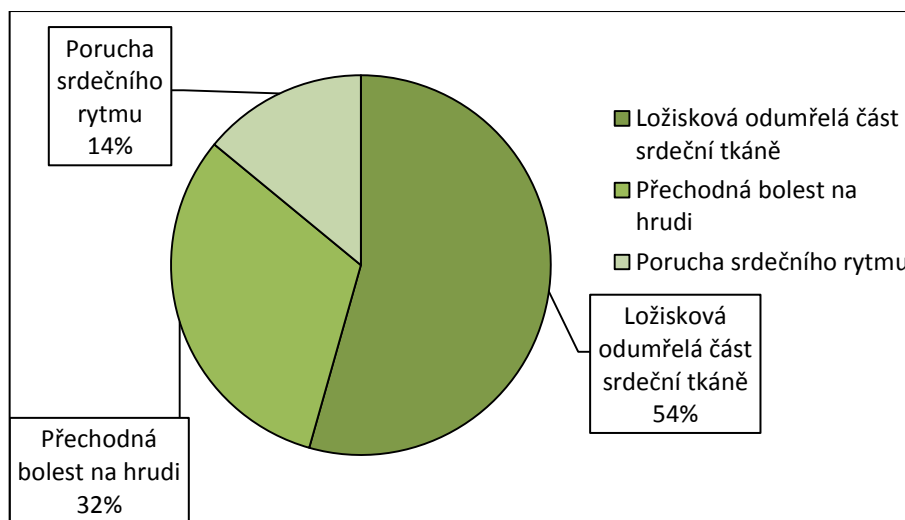
Graf č. 4: Četnost výskytu AIM u respondentů

Otázka č. 4 informovala o četnosti výskytu AIM u respondentů. Z celkového počtu 57 respondentů uvedlo první setkání s onemocněním 38 dotazovaných (67 %). Druhý akutní infarkt myokardu uvedlo 14 dotazovaných (24 %). 5 respondentů (9 %) uvedlo, že jsou nyní s diagnózou akutního infarktu myokardu hospitalizováni minimálně potřetí.

Položka č. 5. Vyberte, prosím, správnou odpověď - „infarkt myokardu“ je?

Tabulka č. 5: Znalost termínu „infarkt myokardu“

| Znalost termínu | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|---------------------------------------|------------------------|-----------------------|
| Ložisková odumřelá část srdeční tkáně | 31 | 54 % |
| Přechodná bolest na hrudi | 18 | 32 % |
| Porucha srdečního rytmu | 8 | 14 % |
| Celkem | 57 | 100 % |



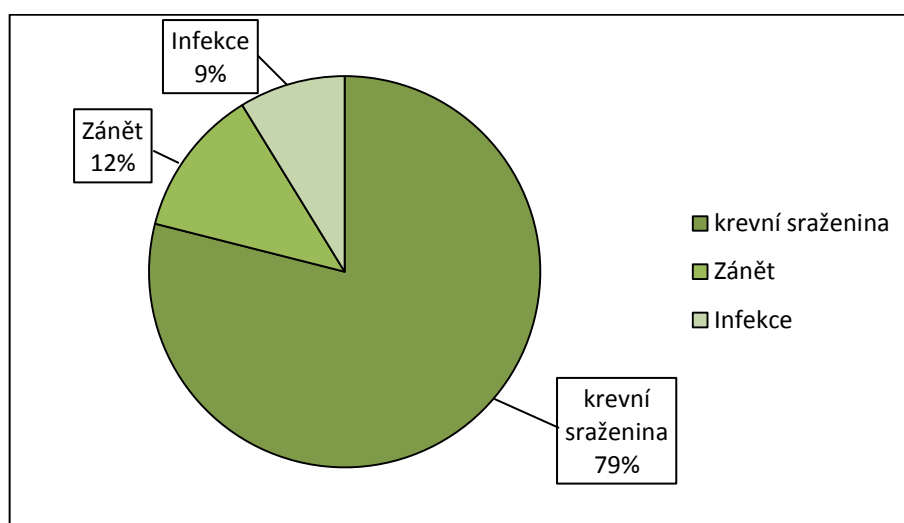
Graf č. 5: Znalost termínu „infarkt myokardu“

V otázce č. 5 jsem zjišťovala, zda respondenti znají termín „infarkt myokardu“. Správnou odpověď, že se jedná o ložiskovou odumřelou část srdeční tkáně, uvedlo 31 respondentů (54 %). Špatně odpovědělo 26 respondentů (46 %), kdy 18 respondentů (32 %) uvedlo přechodnou bolest na hrudi a 8 dotazovaných (14 %) označilo poruchu srdečního rytmu.

Položka č. 6. Jaká je nejčastější příčina vzniku infarktu?

Tabulka č. 6: Příčina vzniku infarktu

| Znalost termínu | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|------------------|------------------------|-----------------------|
| Krevní sraženina | 45 | 79 % |
| Zánět | 7 | 12 % |
| Infekce | 5 | 9 % |
| Celkem | 57 | 100 % |



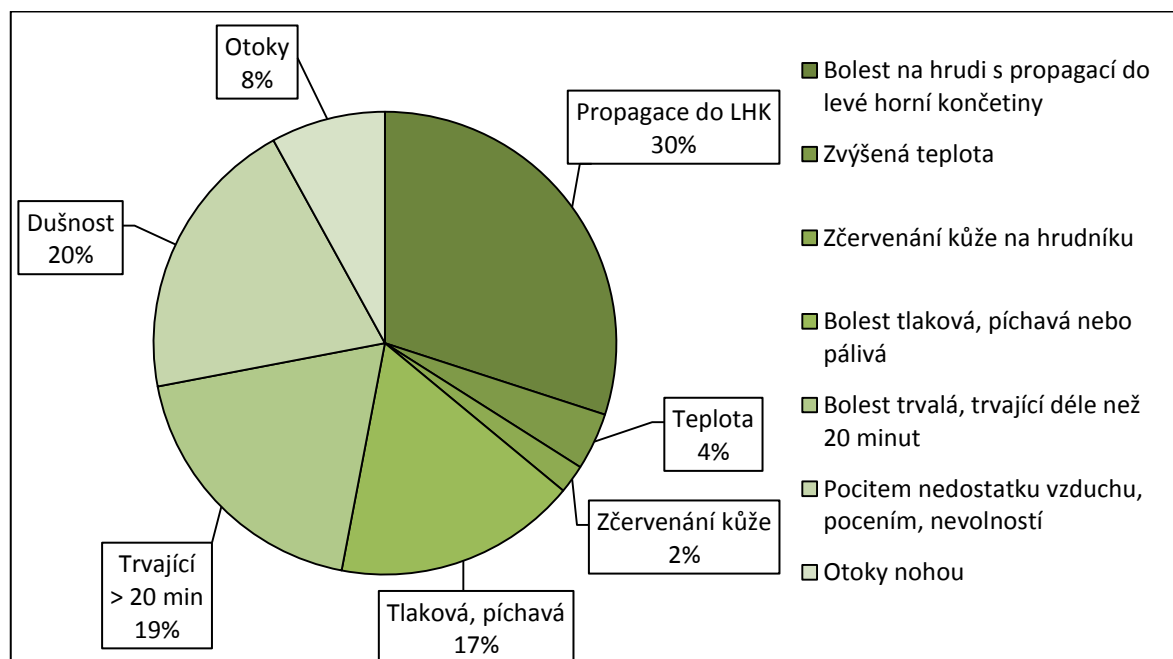
Graf č. 6: Příčina vzniku infarktu

Otázkou č. 6 jsem zjišťovala výpovědi respondentů týkající se znalostí o prodělaném AIM. Na otázku, jaká je nejčastější příčina infarktu odpovědělo 45 respondentů (79 %) správně. Špatně odpovědělo 12 respondentů (21%), tedy 7 respondentů (12 %) označilo zánět a 5 respondentů (9 %) zvolilo infekci.

Položka č. 7. Jaké jsou typické příznaky, které můžeme pozorovat při vzniku infarktu?

Tabulka č. 7: Typické příznaky AIM

| Typické příznaky AIM | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|-----------------------------------------------------|------------------------|-----------------------|
| Bolest na hrudi s propagací do levé horní končetiny | 50 | 30 % |
| Zvýšená teplota | 7 | 4 % |
| Zčervenání kůže na hrudníku | 4 | 2 % |
| Bolest tlaková, píchavá nebo pálivá | 29 | 17 % |
| Bolest trvalá, trvající déle než 20 minut | 32 | 19 % |
| Pocitem nedostatku vzduchu, pocením, nevolností | 34 | 20% |
| Otoky nohou | 13 | 8 % |
| Celkem | 169 | 100 % |



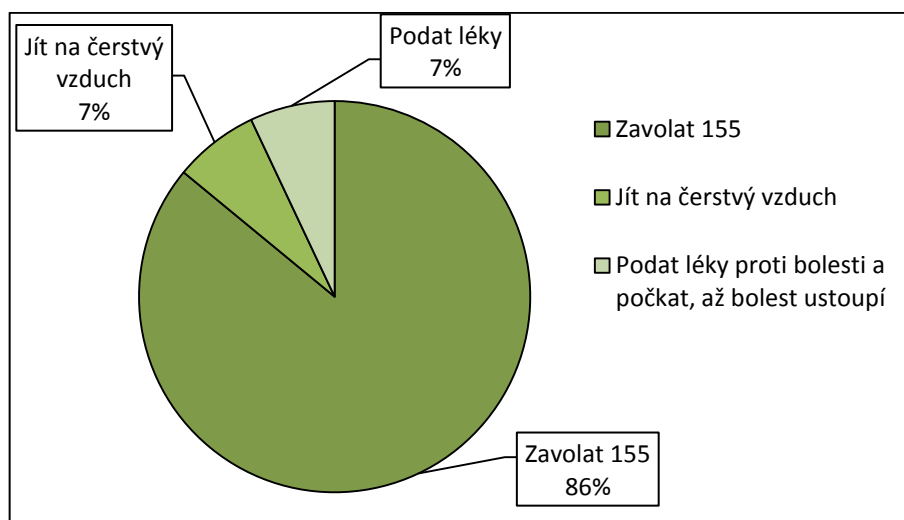
Graf č. 7: Typické příznaky AIM

V otázce č. 7 bylo možné vybrat více správných odpovědí. Aby byla otázka zodpovězená správně, museli respondenti odpovědět na všechny 4 správné odpovědi. Pouze 4 dotazovaní (7 %) zvolili všechny čtyři možnosti. Nabízenou odpověď bolest na hrudi s propagací do levé horní končetiny zvolila většina dotazovaný, čili 50 respondentů (88 %). Variantu, že je bolest tlaková, píchavá nebo pálivá označilo 29 dotazovaných (51 %). Bolest trvalou a trvající déle než 20 minut, označilo 32 respondentů (56 %). 34 respondentů (60 %) zvolilo pocit nedostatku vzduchu, pocení, nevolnost.

Položka č. 8. Jaká je podle Vás první pomoc při bolesti na hrudi?

Tabulka č. 8: První pomoc

| První pomoc | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Zavolat 155 | 49 | 86 % |
| Jít na čerstvý vzduch | 4 | 7 % |
| Podat léky proti bolesti a počkat, až bolest ustoupí | 4 | 7 % |
| Celkem | 57 | 100 % |



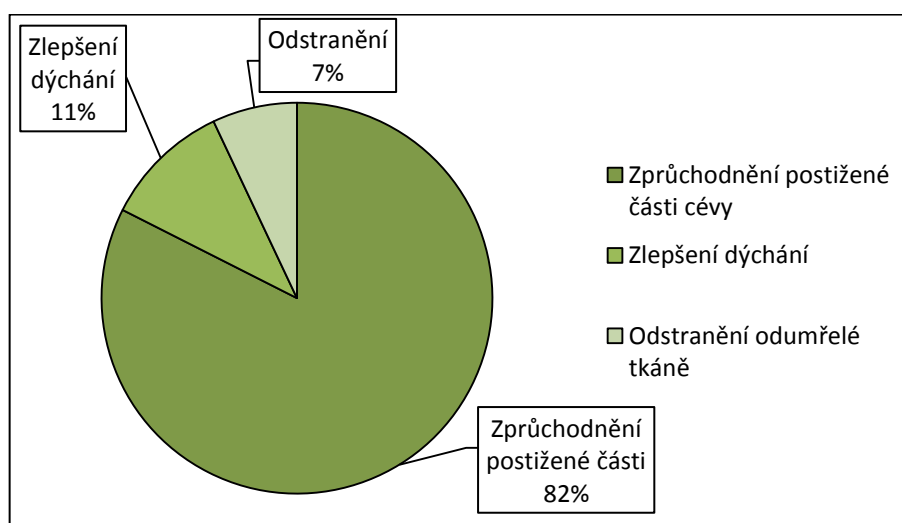
Graf č. 8: První pomoc při bolesti na hrudi

Otázkou č. 8 jsem se ptala, co by měl nemocný jako první udělat při bolesti na hrudi. Volání čísla 155, jako správnou odpověď, označilo 49 respondentů (86 %). Mezi nesprávné odpovědi patřilo jít na čerstvý vzduch, tu zvolili 4 respondenti (7 %). 4 dotazovaní (7 %) by podali léky proti bolesti a počkali, až bolest ustoupí.

Položka č. 9. Jaký je cíl léčby u infarktu?

Tabulka č. 9: Cíl léčby u AIM

| Cíl léčby u AIM | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|-----------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Zprůchodnění postižené části cévy | 47 | 82 % |
| Zlepšení dýchání | 6 | 11 % |
| Odstranění odumřelé tkáně | 4 | 7 % |
| Celkem | 57 | 100 % |



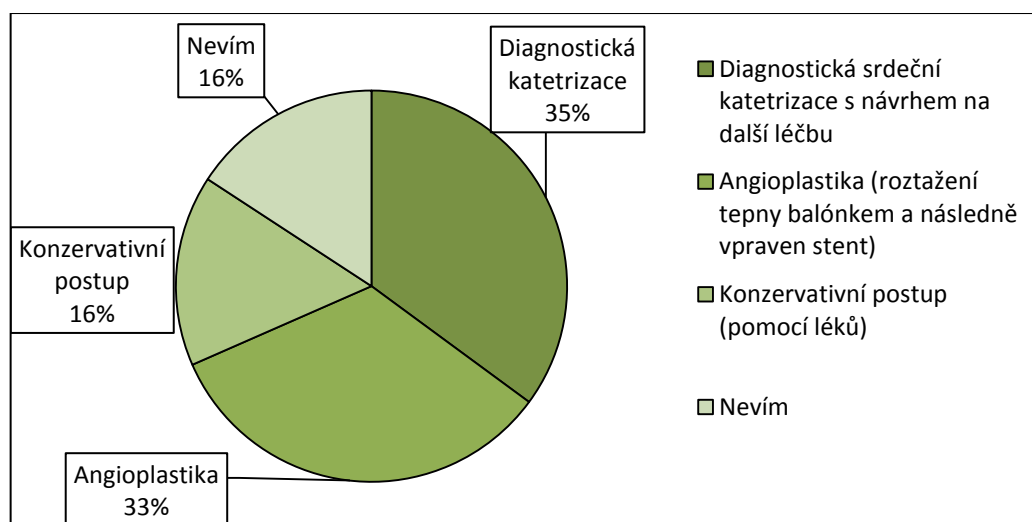
Graf č. 9: Cíl léčby u AIM

V otázce č. 9 jsem zjišťovala, co je dle respondentů cílem léčby u akutního infarktu myokardu. Správnou variantu, tedy zprůchodnění postižené části cévy, zvolilo 47 respondentů (82 %). Dalších 6 dotazovaných (11 %) by jako cíl léčby zvolilo zlepšení dýchání a zbylí 4 dotazovaní (7 %) by odstranily odumřelou tkáň.

Položka č. 10. Jaký zákrok jste podstoupil(a) při zjištění infarktu?

Tabulka č. 10: Zákrok

| Zákrok | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Diagnostická srdeční katetrizace s návrhem na další léčbu | 20 | 35 % |
| Angioplastika (roztažení tepny balónkem a následně vpraven stent) | 19 | 33 % |
| Konzervativní postup (pomocí léků) | 9 | 16 % |
| Nevím | 9 | 16 % |
| Celkem | 57 | 100 % |



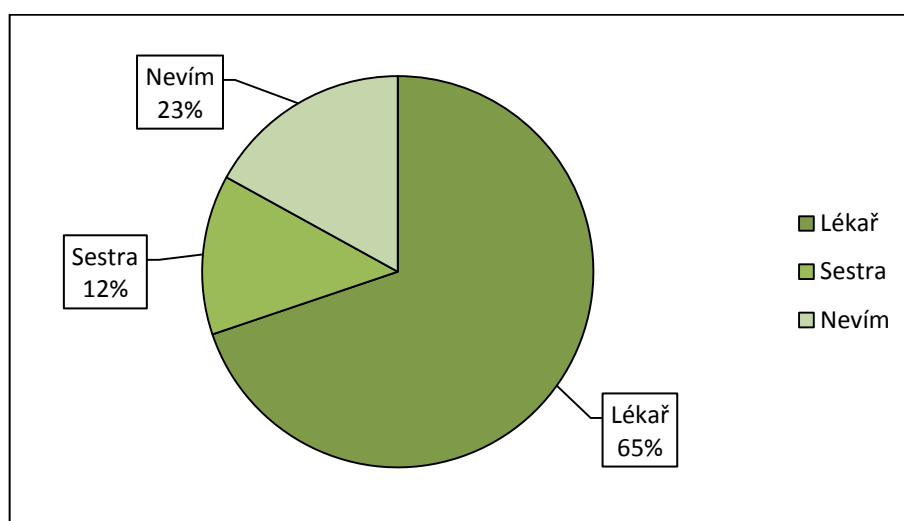
Graf č. 10: Zákrok

Otázka č. 10 měla zjistit, zda respondent ví, jaký zákrok v rámci léčby AIM byl u něho zvolen. Variantu, že byla provedena diagnostická srdeční katetrizace s návrhem na další léčbu, označilo 20 dotazovaných (35 %). 19 dotazovaných (33 %) respondentů označilo PCI. Konzervativní postup (pomocí léků) označilo 9 respondentů (16 %). 9 dotazovaných (16 %) zvolilo variantu, že nevědí, co se u nich provádělo za zákrok.

Položka č. 11. Kdo Vám vysvětlil podstatu léčebného zákroku?

Tabulka č. 11: Edukátor

| Zákrok | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|---------------|------------------------|-----------------------|
| Lékař | 37 | 65 % |
| Sestra | 7 | 12 % |
| Nevím | 13 | 23 % |
| Celkem | 57 | 100 % |



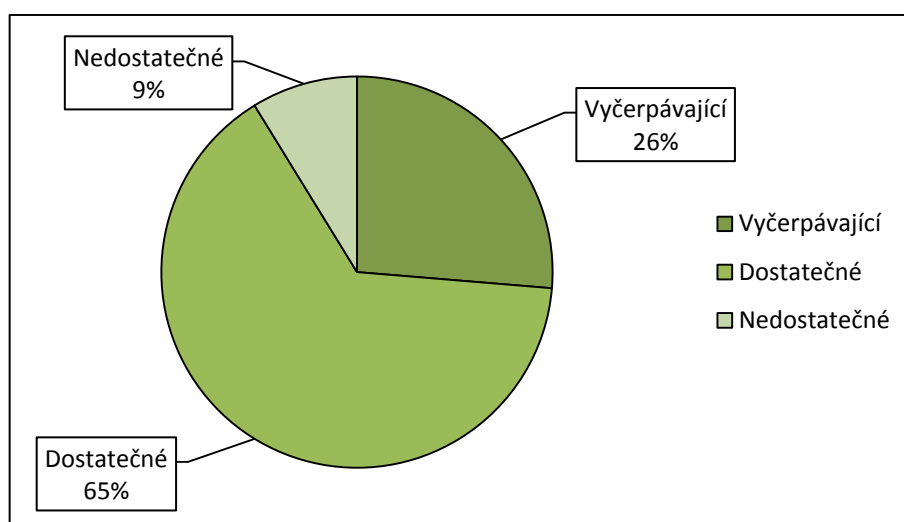
Graf č. 11: Edukátor

Otázka č. 11 zjišťovala, kdo z ošetrovatelského personálu nemocnému vysvětlil podstatu léčebného zákroku. Nejvíce respondentů, 37 respondentů (65 %), uvedlo lékaře. 7 dotazovaných (12 %) označilo všeobecnou sestru. Nabízenou kolonku nevím označilo 13 respondentů (23 %).

Položka č. 12. První den po zákroku hodnotíte podané informace o Vašem zdravotním stavu za?

Tabulka č. 12: Hodnocení podaných informací pacienty

| Hodnocení | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|---------------|------------------------|-----------------------|
| Vyčerpávající | 15 | 26 % |
| Dostatečné | 37 | 65 % |
| Nedostatečné | 5 | 9 % |
| Celkem | 57 | 100% |



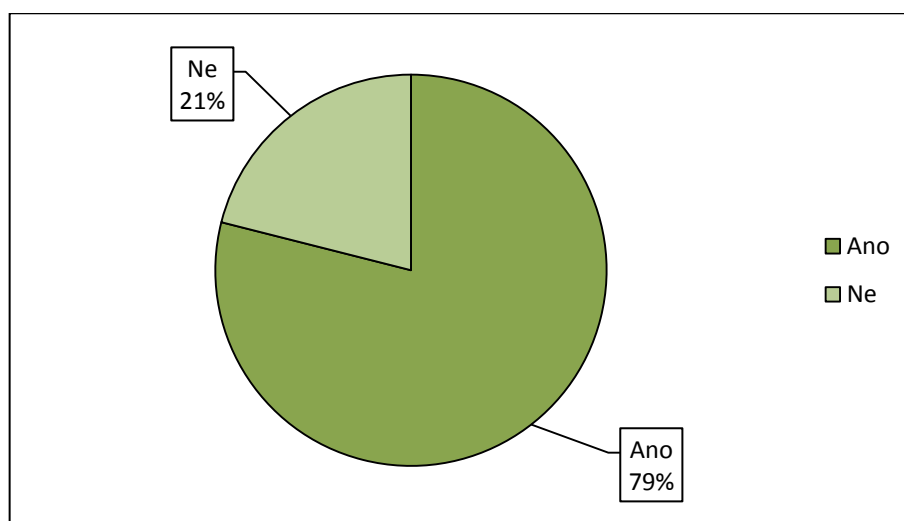
Graf č. 12: Hodnocení podaných informací pacienty

V otázce č. 12 jsem zjišťovala spokojenost s podanými informacemi první den po zákroku. Variantu, že informace byly vyčerpávající, zvolilo 15 respondentů (26 %). Variantu, že informace byly dostatečné, zvolilo 37 respondentů (65 %). Jako nedostatečné informace označilo 5 dotazovaných (9 %).

Položka č. 13. Porozuměl(a) jste podaným informacím?

Tabulka č. 13: Porozumění informacím

| Porozumění | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|-------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Ano | 45 | 79 % |
| Ne | 12 | 21 % |
| Celkem | 57 | 100 % |



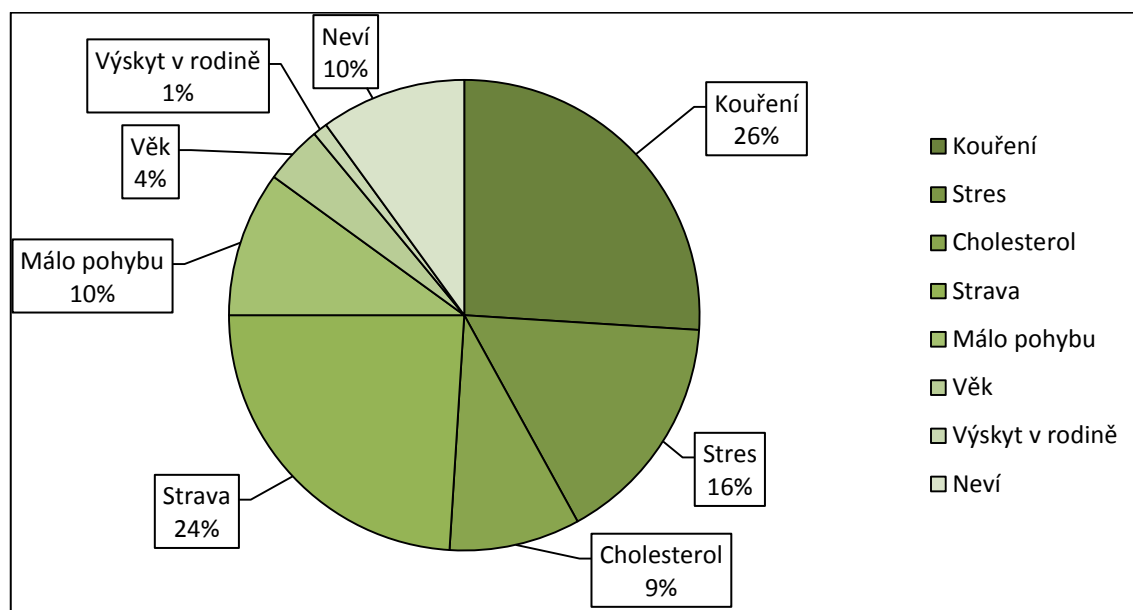
Graf č. 13: Porozumění informacím

V otázce č. 12 jsem se ptala, zda respondenti porozuměli podaným informacím. Většina dotazovaných, celkem 45 (79 %), odpověděla, že porozuměli podaným informacím týkajících se jejich zdravotního stavu první hospitalizační den. Zbýlých 12 respondentů (12 %) označilo, že neporozuměli podaným informacím.

Položka č. 14. Vypište, co si myslíte, že u Vás mělo hlavní vliv na vznik infarktu (např. kouření, strava apod.).

Tabulka č. 14: Faktory vzniku AIM z pohledu pacienta

| Faktory | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|-----------------|------------------------|-----------------------|
| Kouření | 18 | 26 % |
| Stres | 11 | 16 % |
| Cholesterol | 6 | 9 % |
| Strava | 17 | 24 % |
| Málo pohybu | 7 | 10 % |
| Věk | 3 | 4 % |
| Výskyt v rodině | 1 | 1 % |
| Neví | 7 | 10 % |
| Celkem | 70 | 100% |



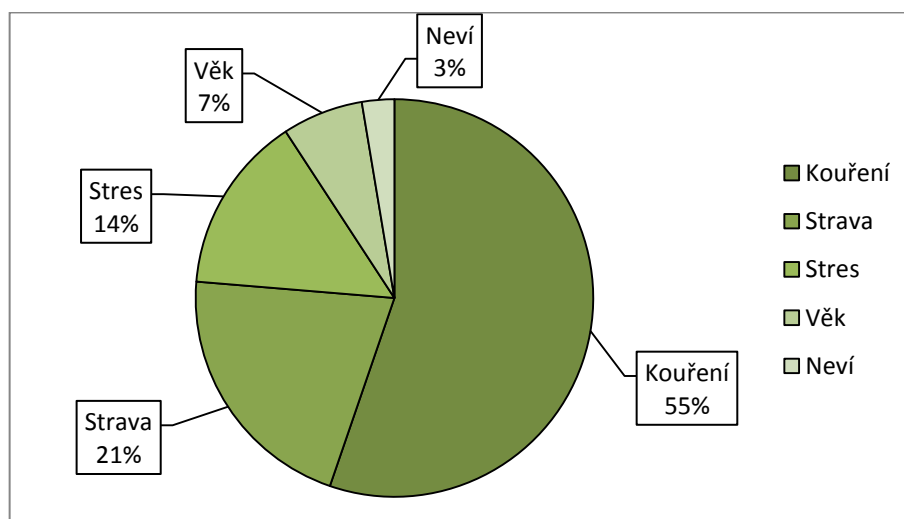
Graf č. 14: Faktory vzniku AIM z pohledu pacienta

V otázce č. 14 jsem se ptala, co si respondenti myslí, že u nich měla hlavní vliv na vznik infarktu. Otázka byla otevřená a každý respondent mohl napsat vlastní názor. 18 respondentů (26 %) odpovědělo, že hlavní vliv na vznik AIM u nich mělo kouření.

17 dotazovaných (24 %) uvedlo, že se domnívají, že na vznik AIM měla hlavní vliv strava. 11 respondentů (16 %) uvedlo stres jako hlavní příčinu. 7 respondentů (10 %) si myslí, že hlavním důvodem vzniku AIM bylo nedostatek pohybové aktivity. 6 respondentů (9 %) přičítalo vinu zvýšené hladině cholesterolu v krvi. 3 dotazovaní (5 %) napsali vysoký věk a jen jeden respondent (1 %) uvedl jako hlavní vliv vyskytnutí se onemocnění v rodině. Celkem 7 dotazovaných (12 %) uvedlo, že neví, jaký faktor měl u nich hlavní vliv na vznik AIM.

Tabulka č. 15: 2 a více AIM a rizikové faktory

| Faktor u 2. a více AIM | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|------------------------|------------------------|-----------------------|
| Kouření | 8 | 42 % |
| Strava | 3 | 16% |
| Stres | 2 | 11 % |
| Věk | 1 | 5 % |
| Neví | 5 | 26 % |
| Celkem | 19 | 100 % |



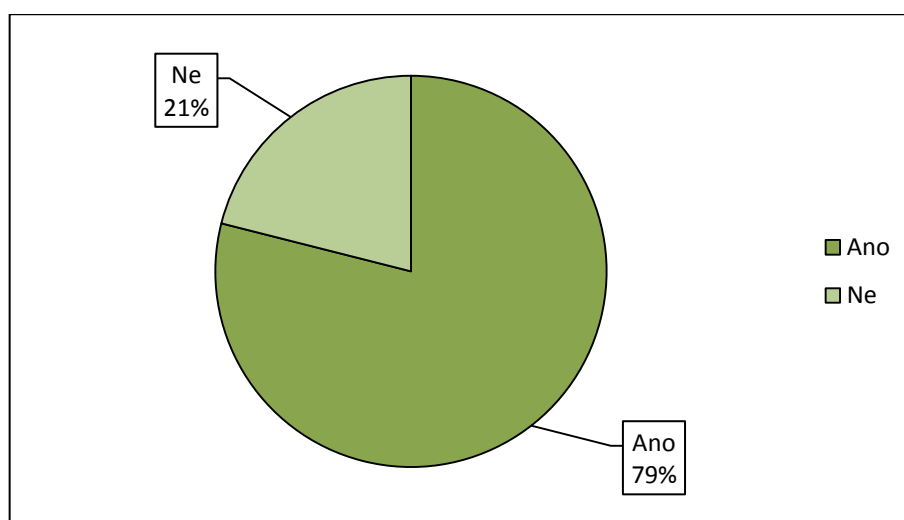
Graf č. 15: 2 a více AIM a rizikové faktory

U dotazovaných po druhém a více AIM odpovědělo z celkového počtu 19 respondentů 8 dotazovaných (42 %) kouření, 3 respondenti (16 %) stravu, 2 dotazovaný (11 %) uvedly stres, 1 respondent (5 %) uvedl věk a 5 respondentů (26 %) nevědělo, co zapříčinilo u nich AIM.

Položka č. 15. Jste ochotni po propuštění do domácího prostředí provést změnu ve svém dosavadním způsobu života?

Tabulka č.16: Ochota provést změnu

| Ochota | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|---------------|------------------------|-----------------------|
| Ano | 45 | 79 % |
| Ne | 12 | 21 % |
| Celkem | 57 | 100 % |



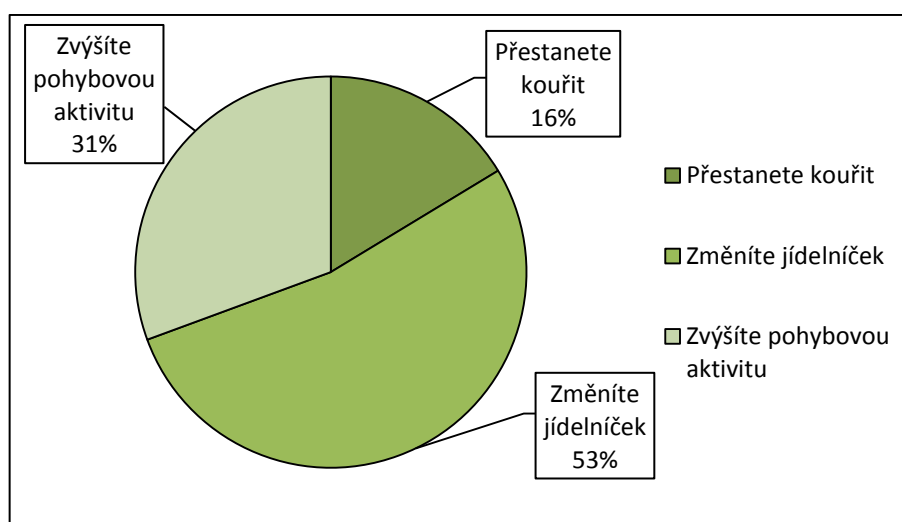
Graf č. 16: Ochota provést změnu

Otázka č. 13 znázorňuje zastoupení respondentů, kteří jsou ochotni provést změnu ve svém dosavadním způsobu života, celkem je to 45 dotazovaných (79 %). 12 respondentů uvedlo, že nejsou ochotni provést změnu. U obou nabízených možností byly součástí podotázky.

Pokud respondent odpověděl, že provede změnu ve svém dosavadním způsobu života, ptala jsem se, čeho se změna bude především týkat.

Tabulka č. 17: Oblast změny

| Oblast změny | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|----------------------------|------------------------|-----------------------|
| Přestanete kouřit | 8 | 16 % |
| Změníte jídelníček | 26 | 53 % |
| Zvýšíte pohybovou aktivitu | 15 | 31 % |
| Celkem | 49 | 100 % |



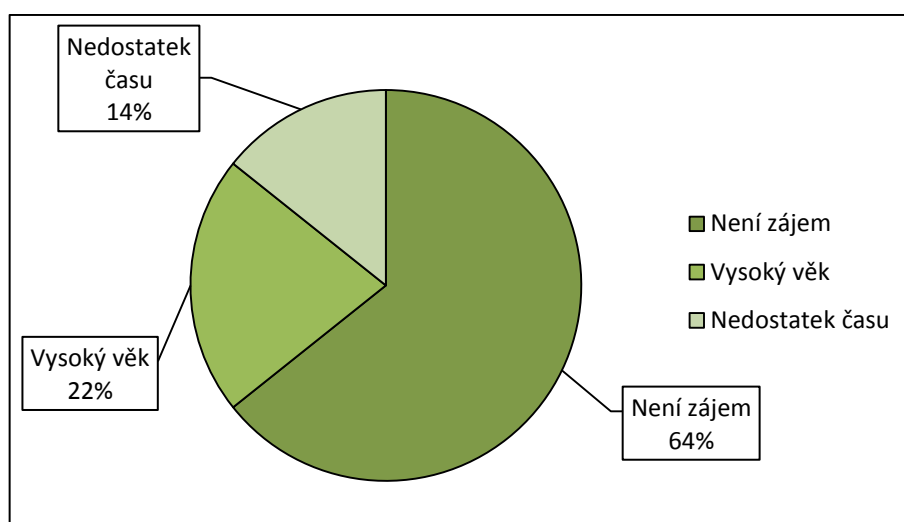
Graf č. 17 Oblast změny

U otázky č. 15, podotázka varianty ano, tedy že respondent bude ochoten provést změnu, se ptala na nejhlavnější oblast změny. Zde respondenti volili i více správných odpovědí než jen jednu. U třech dotazovaných se objevila změna ve dvou oblastech. Jeden dotazovaný označil všechny tři možnosti. Nejčastější odpověď byla změna stravovacích návyků, kterou označilo 26 respondentů (53 %). Další početnou skupinou představovala změna v oblasti zvýšení pohybové aktivity, kterou označilo 15 respondentů (31 %). 8 dotazovaných (16 %) uvedlo změnu v oblasti kouření.

Pokud respondent odpověděl, že neprovede změnu ve svém dosavadním způsobu života, dále jsem se ptala, jaký k tomu má důvod.

Tabulka č. 18: Důvod neprovedení změny

| Důvod | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|-----------------|------------------------|-----------------------|
| Není zájem | 9 | 65 % |
| Vysoký věk | 3 | 21 % |
| Nedostatek času | 2 | 14 % |
| Celkem | 14 | 100 % |



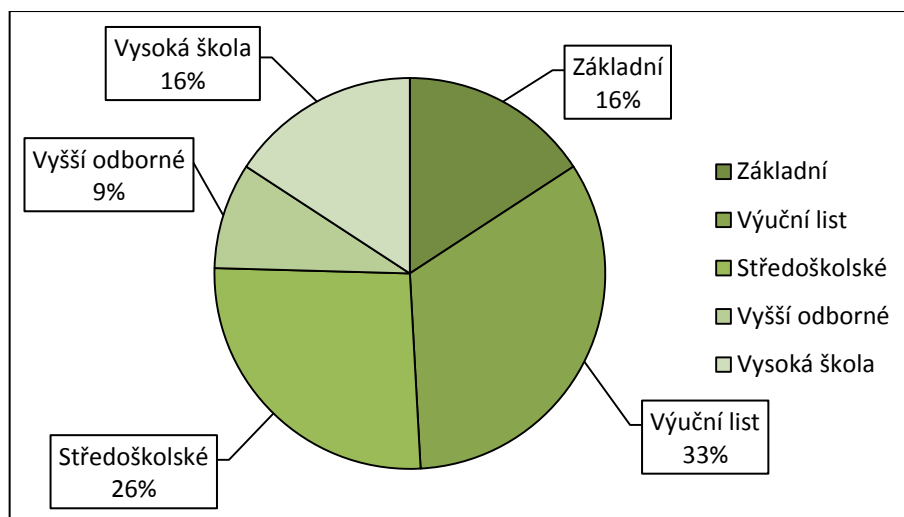
Graf č. 17: Důvod neprovedení změny

U odpovědi, že respondenti neprovedou změnu ve svém dosavadním způsobu života, byla ještě podotázka, proč nezmění svůj způsob života. 3 respondenti (21 %) udávali jako důvod vysoký věk, 2 respondenti (14 %) připisovali nedostatku času a velkou skupinu, celkem 9 dotazovaných (65 %) tvořili ti, co neměli zájem.

Položka č. 16. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 19: Vzdělání respondentů

| Vzdělání | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|---------------|------------------------|-----------------------|
| Základní | 9 | 16% |
| Výuční list | 19 | 33 % |
| Středoškolské | 15 | 26 % |
| Vyšší odborné | 5 | 9 % |
| Vysoká škola | 9 | 16 % |
| Celkem | 57 | 100% |



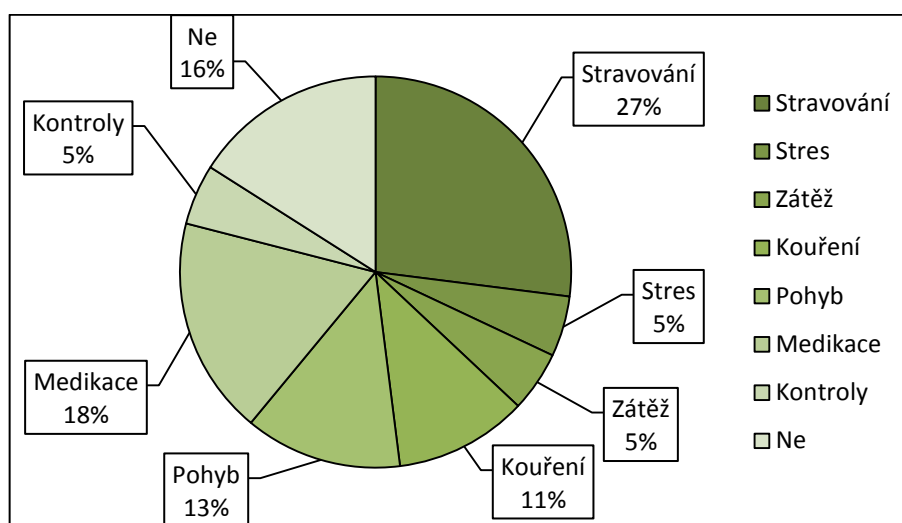
Graf č. 19: Nejvyšší dosažené vzdělání

Otázka č. 15 zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání. Základní vzdělání mělo celkem 9 respondentů (16 %), výuční list 19 respondentů (33 %). Středoškolské vzdělání zvolilo 15 dotazovaných (26 %) a 5 respondentů (9 %) uvedlo vyšší odborné studium. Nejvyšší, vysokoškolské vzdělání, uvedlo 9 dotazovaných (16 %).

Položka 17. Bylo Vám vysvětleno, jaký Vás čeká režim po propuštění? Pokud ano, čeho se informace týkaly?

Tabulka č. 20: Informace po propuštění

| Informace | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|---------------|------------------------|-----------------------|
| Stravování | 17 | 27 % |
| Stres | 3 | 5 % |
| Zátěž | 3 | 5 % |
| Kouření | 7 | 11 % |
| Pohyb | 8 | 13 % |
| Medikace | 12 | 18 % |
| Kontroly | 3 | 5 % |
| Ne | 10 | 16 % |
| Celkem | 63 | 100% |



Graf č. 20: Informace po propuštění

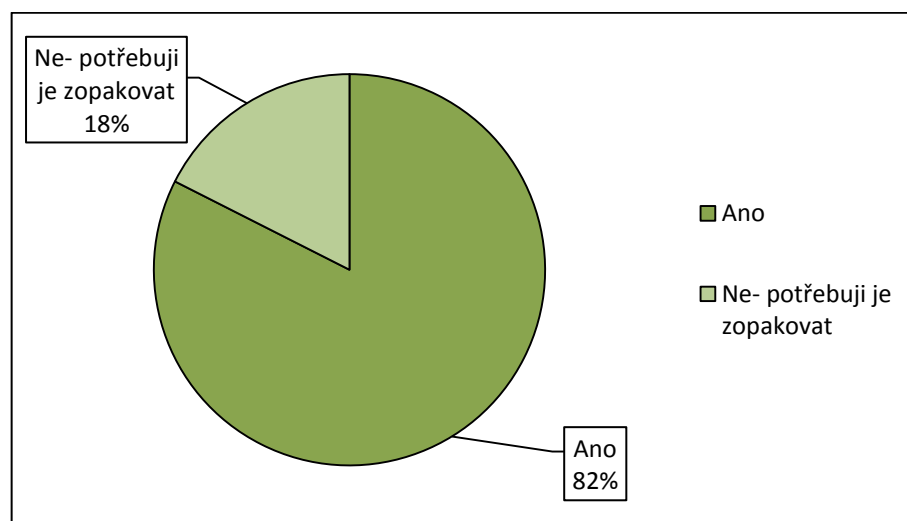
V otázce č. 17 jsem zjišťovala, čeho se týkaly informace po propuštění. Tato otázka byla také otázkou otevřenou, tudíž zde měli respondenti možnost napsat více odpovědí. Respondenti nejvíce uváděli informace týkající se dietního omezení a stravovacích návyků po propuštění. Tuto možnost napsalo celkem 17 dotazovaných (30%). Dále 12 respondentů (21%) uvedlo, že se informace týkaly léčiv a medikace. Informace týkající se pohybové aktivity uvedlo 8 respondentů (14%), odvykání s kouřením bylo

uvedeno 7 respondenty (12%). Informace týkající se eliminace stresových situací uvedli 3 dotazovaní (5 %) a informace týkající se zátěže také 3 dotazovaní (5 %). Informace týkající se nutnosti pravidelných kontrol na kardiologii uvedli také 3 respondenti (5 %). Velké zastoupení tu měla odpověď, že nemocným nebyl vysvětlen režim po propuštění. Tuto variantu zvolilo celkem 10 dotazovaných (18%).

Položka č. 18. Byly informace, týkající se režimu po propuštění, srozumitelné?

Tabulka č. 21: Srozumitelnost informací

| Srozumitelnost | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|----------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Ano | 47 | 82 % |
| Ne- potřebuji je zopakovat | 10 | 18 % |
| Celkem | 57 | 100 % |



Graf č. 21: Srozumitelnost informací

V otázce č. 18 jsem zjišťovala, zda byly informace týkající se režimu po propuštění srozumitelné, nebo zda je potřeba je znovu zopakovat. Za srozumitelné informace označilo 47 respondentů (82%). Potřeby zopakování uvedlo 10 respondentů (18%).

6.2 Vyhodnocení výzkumných předpokladů

K cíli č. 1 se vztahoval výzkumný předpoklad č. 1, k cíli č. 2 se vztahoval výzkumný předpoklad č. 2, k cíli č. 3 se vztahoval výzkumný předpoklad č. 3 a č. 4 a k cíli č. 4 se vztahoval výzkumný předpoklad č. 5.

VÝZKUMNÝ PŘEDPOKLAD 1

Předpokládám, že na minimálně polovinu znalostních otázek odpoví správně více než 60% respondentů mladších 65 let po 1. prodělaném AIM a 40% respondentů starších 65 let.

Tento výzkumný předpoklad jsem stanovila na základě jiné bakalářské práce, kde Valášová zjistila, že laická veřejnost v oblasti základních teoretických znalostí o IM je dobře informovaná.

K vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 1 jsem vycházela z otázek č. 2, 4, 5, 6, 7, 8, a 9 z dotazníku.

Ze vzorku 57 respondentů bylo 32 respondentů (56 %) mladších 65 let. V otázce č. 4 uvedlo 38 respondentů (67 %), že tento AIM je jejich první. Respondentů mladších 65 let a po prvním AIM bylo celkem ve zkoumaném vzorku 26 respondentů (46 %).

Třetím předpokladem bylo správně odpovědět alespoň na polovinu znalostních otázek. Znalostními otázkami byly otázky č. 5, 6, 7, 8, a 9. **Z 26 respondentů mladších 65 let zároveň po 1 prodělaném AIM odpovědělo správně na polovinu znalostních otázek 22 respondentů (85 %).**

Z celkového počtu 57 respondentů uvedlo 25 dotazovaných (44%), že jsou starší 65 let. První prodělaný infarkt se týkal 12 respondentů (21 %). **Na polovinu znalostních otázek odpovědělo celkem 9 respondentů (75 %).**

Z výsledů vyplynulo, že 85% respondentů mladších 65 let, po prvním prodělaném AIM odpovědělo správně na polovinu znalostních otázek. U kategorie responden-

tů starších 65 let, po prvním AIM odpovědělo správně na polovinu znalostních otázek 75%.

Výzkumný předpoklad č. 1 se tímto potvrdil. Lze konstatovat, že dotazovaní mladších 65 let, po 1. prodělaném AIM ve více než 60 % odpověděli správně na minimálně polovinu znalostních otázek a více než 40 % dotazovaných starší 65 let.

Výzkumný předpoklad č. 1 se vztahoval k cíli č. 1. Tím bylo zmapovat všeobecné informace pacientů o akutním infarktu myokardu (příčina nemoci, rizikové faktory, rodinné dispozice, následná léčba, následky nemoci, prevence). **Z výsledků vyplynulo, že pacienti mají všeobecné informace o AIM.**
Cíl byl splněn.

VÝZKUMNÝ PŘEDPOKLAD 2

Předpokládám, že více než 60 % respondentů 1. hospitalizační den po zákroku zná svůj zdravotní stav.

Tento výzkumný předpoklad vznik na podkladě pilotního šetření. V rámci své praxe jsem se pomocí strukturovaného rozhovoru ptala, zda nemocný zná svůj zdravotní stav. Z celkového počtu 10 pacientů mi 7 dotazovaných (70 %) zcela popsalo svůj zdravotní stav.

K vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 2 jsem vycházela z otázek č. 10, 11, 12 a 13 z dotazníku. V těch jsem se respondentů ptala, zda vědí, jaký zákrok podstoupili a jak hodnotí podané informace.

Z výsledků vyplynulo, že 48 respondentů (84 %) ví, jaký zákrok podstoupili. Otázka č. 12 a 13 hodnotila podané informace. Celkem 28 respondentů (49 %) uvedlo, že informace byly srozumitelné a hodnotilo je za vyčerpávající nebo dostatečné.

Výzkumný předpoklad č. 2 se nepotvrdil. Lze konstatovat, že pacienti neznají první hospitalizační den po zákroku svůj zdravotní stav.

Výzkumný předpoklad č. 2 se vztahoval k cíli č. 2, kde jsem zjišťovala stav informovanosti pacientů o jejich aktuálním zdravotním stavu první hospitalizační den.

Z výsledků vyplynulo, že pacienti nejsou dostatečně informováni o svém zdravotním stavu první hospitalizační den po zákroku.

Cíl byl splněn,

VÝZKUMNÝ PŘEDPOKLAD 3

Předpokládám, že více než 2/3 respondentů zná vliv rizikových faktorů (kouření, stravovací návyky, tělesná aktivita, způsob života a pozitivní rodinná anamnéza) na vznik infarktu myokardu.

Tento výzkumný předpoklad vznik na podkladě jiné bakalářské práce. Valášová ve své bakalářské práci uvádí, že respondenti znají rizikové faktory AIM.

Jako rizikové faktory jsem zvolila kouření, stravovací návyky, tělesnou aktivitu, způsob života a pozitivní rodinnou anamnézu. K vyhodnocení hypotézy jsem vycházela z otázky č. 14, která byla otázkou otevřenou. Za správné jsem považovala vypsání alespoň 2 mnou definovaného rizikového faktoru, který celkem uvedlo 41 dotazovaných (72 %).

Výzkumný předpoklad č. 3 se potvrdil. Lze konstatovat, že více než 2 /3 dotazovaných zná vliv rizikových faktorů na vznik AIM.

Výzkumný předpoklad č. 3 se vztahoval k cíli č. 3, kde jsem zjišťovala, zda si jsou pacienti vědomi možných chyb, které k akutnímu infarktu myokardu vedly. Z výsledků vyplynulo, že pacienti si jsou vědomi chyb, které k AIM vedly.

Cíl č. 3 byl splněn.

VÝZKUMNÝ PŘEDPOKLAD 4

Předpokládám, že minimálně 60 % pacientů budou ochotni provést změnu ve svém dosavadním způsobu života.

Tento výzkumný předpoklad vznikl na základě pilotního šetření. Celkem jsem oslovila 10 pacientů, z toho mi 6 dotazovaných (60 %) odpovědělo, že u nich nastane změna v dosavadním způsobu života.

K výzkumnému předpokladu č. 4 se vztahovala otázka č. 15 v dotazníku, kde jsem se ptala, zda budou respondenti ochotni po propuštění do domácího prostředí změnit svůj dosavadní způsob života. Podotázkou bylo, jaké oblasti se změna bude především týkat. Ochotu změnit způsob života vyjádřilo 45 respondentů (79%). Změnu v jídelníčku zvolilo 26 dotazovaných (53 %), zvýšení pohybové aktivity označilo 15 respondentů (31 %) a zanechání s kouřením zvolilo 8 dotazovaných (16 %). Těch, kteří nechtějí provést změnu, bylo 12 (21%).

Výzkumný předpoklad č. 4 se potvrdil a lze tedy konstatovat, že minimálně 60% pacientů je ochotno provést změnu ve svém dosavadním způsobu života.

Výzkumný předpoklad č. 4 se vztahoval k cíli č. 3, kde mě zajímalo, zda jsou pacienti ochotni provést změnu ve svém dosavadním způsobu života. Z výsledů vyplynulo, že respondenti jsou ochotni provést změnu ve svém dosavadním způsobu života.

Cíl č. 3 byl splněn.

VÝZKUMNÝ PŘEDPOKLAD 5

Předpokládám, že více než 60 % pacientům byl vysvětlen po propuštění režim (dieta, kouření, užívání medikace, pohybová aktivita, termín kontroly u kardiologa) a zároveň že podané informace považují za srozumitelné.

Tento výzkumný předpoklad vznikl na podkladě pilotního šetření. Z celkového počtu 10 oslovených pacientů mi 7 dotazovaných (70 %) odpovědělo, že jim byl vysvětlen režim po propuštění domů a zároveň mi řekli, čeho se edukace týkala.

K výzkumnému předpokladu č. 5 se vztahovala otázka č. 17 a 18 v dotazníku. 47 respondentům (82 %) byl vysvětlen režim po propuštění. Z toho 43 dotazovaných (75 %) uvedlo, čeho se edukace týkala. Za správné jsem považovala odpovědi týkající se užívání diety, kouření, užívání medikace, pohybové aktivity a termín kontroly u kardiologa. 41 respondentů (72 %) uvedlo, že podané informace byly srozumitelné. Z výsledků vyplývá, že více než 60 % uvedlo, čeho se režim po propuštění týkal, a informace byly srozumitelnými.

Výzkumný předpoklad č. 5 se potvrdil. Lze konstatovat, že pacientům byl vysvětlen režim po propuštění

Výzkumný předpoklad č. 5 se vztahoval k cíli č. 4, kde jsem chtěla zmapovat informovanost pacientů o další léčbě a režimových opatřeních po akutním infarktu myokardu při dimisi. Z výsledků vyplývá, že pacienti mají informace týkající se režimu po propuštění. Cíl č. 4 byl splněn.

DISKUZE

Ve své bakalářské práci jsem zjišťovala, jaký pohled na AIM mají pacienti. Problematika mě oslovila po absolvování praxe na oddělení Kardiologie v Krajské nemocnici Liberec, a.s.. Pozorováním a rozhovory s nemocnými jsem dospěla k názoru, že bych chtěla zjistit, jestli nemocného prodělání AIM nějak změnilo nebo ovlivnilo v jeho dalším způsobu života. Cílem bylo vytvoření 2 edukačních materiálů. První pokazuje na příznaky AIM a ukazuje pacientům, co dělat. Druhý je zaměřený na sekundární prevenci.

V teoretické části jsem popisovala anatomicko – fyziologický úvod, ve kterém jsem shrnula anatomii srdce, fyziologii kardiovaskulárního systému a vliv nervového systému na činnost srdce. Další kapitolou byla ateroskleróza, kde jsem popsala podstatu onemocnění, které neoddělitelně souvisí s akutním infarktem myokardu. Kapitola nazvaná akutní infarkt myokardu se člení na rizikové faktory, patofyziologie, lokalizace infarktu myokardu, příznaky, diagnostiku, léčbu, komplikace a ošetrovatelskou péči u pacientů po akutním infarktu myokardu.

Ve výzkumné části jsem se zaměřila na akutní infarkt myokardu z pohledu pacienta. Výzkumné šetření probíhalo formou anonymního dotazníku. Dotazník měl celkem 18 otázek, z toho bylo 15 otázek uzavřených, kde měl respondent na výběr z možností. 3 otázky byly otevřené, zde mě zajímal názor dotazovaných. Celkem bylo distribuováno 70 dotazníků. Návratnost kompletně vyplněných dotazníků byla 81 %, tedy 57 dotazníků. Výsledky získané od respondentů jsem zpracovala do tabulek a grafů. Celkem jsem si stanovila 5 cílů a 5 výzkumných předpokladů. Dotazník byl rozdáván v Krajské nemocnici Liberec a.s.. po udělení souhlasu hlavní sestrou nemocnice Mgr. Marie Fryaufové. Respondenty byli pacienti po prodělaném akutním infarktu myokardu, kteří byli hospitalizováni na oddělení Kardiologie.

V otázce č. 1 jsem se ptala na pohlaví respondentů. Šetření se zúčastnilo 38 mužů (67%) a 19 žen (33%). Z odborné literatury vyplývá, že vzestup rizika je vý-

razněn ovlivněn nejen věkem, ale i pohlavím. Dle Štejfy je mužské pohlaví ohroženější výskytem AIM⁶⁴, což se také potvrdilo v mém výzkumu.

Co se týče věkového rozložení, nejvíce zastoupenou byla věková kategorie 41 – 64 let celkem 28 dotazovaných (49 %). Věkovou kategorii 65 – 80 tvořilo 18 respondentů (32%). Věk do 40 let označili 4 dotazovaní (7 %), věkovou skupinu nad 80 let tvořilo 7 respondentů (12 %). Mé dotazníkové šetření koresponduje s údaji v odborné literatuře, kde průměrný věk nemocných s AIM je 63,8 let.⁶⁵

Ve třetí otázce jsem zjišťovala zastoupení kuřáků ve sledovaném vzorku pacientů. Státní zdravotnický úřad (SZÚ) ve své *Studii Kuřáctví dospělé populace ČR 2011*⁶⁶ zveřejnil analýzu dat na téma kuřáctví. Z jejich výsledků vyplývá, že muži významně častěji kouří než ženy. Dle SZÚ je v populaci ve věku od 15 do 64 let 26,9 % mužů kuřáků a 21,3 % žen, kuřáček. Mého výzkumného šetření se zúčastnilo 19 % mužů kuřáků ve věkové kategorii do 64 let a 11% žen, kuřáček. Výsledky mého dotazníkového šetření se shodují se SZÚ. Bohužel se potvrdilo, že i přes varování na krabičkách od cigaret v podobě textů a obrázků se počet kuřáků v populaci nesnižuje.

V otázce č. 4 jsem se ptala, zda byl u respondentů AIM první, druhý nebo třetí a více. Z odpovědí bylo patrné, že nadpoloviční většina, celkem 38 dotazovaných (67%), má první zkušenost s AIM. 14 respondentů (24 %) uvedlo, že u nich toto onemocnění již jednou proběhlo. Třetí AIM uvedlo 5 respondentů (9 %). Pokud bereme v úvahu kuřáctví, 15 dotazovaných (39%) po prvním prodělaném AIM uvedlo, že kouří. U druhého výskytu AIM uvedlo kouření 9 respondentů (64%). V odpovědi třetí a více byli celkem 4 kuřáci (80 %). Z výsledků je patrné, že ačkoliv je kouření stále ve společnosti diskutované téma, vznikla spousta poraden pro odvykání s kouřením a na každém kroku se objevují spoty o škodlivosti kouření tak ani 2. AIM neodradí respondenty od jejich zlovyku.

⁶⁴ ŠTEJFA, M. *Kardiologie*. s. 214.

⁶⁵ ASCHERMANN, M. *Kardiologie*. s. 689.

⁶⁶ *Studie Kuřáctví dospělé populace ČR 2011*. Státní zdravotnický úřad. [online]. 12. 06. 2014. Dostupné z <http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/zavislosti/koureni/2013/ZpravaKuractvi2011.pdf>

Otázkou č. 5 začínala znalostní část dotazníku. Ptala jsem se, zda respondenti znají význam slova „infarkt“. 31 dotazovaných (54%) odpověděli správně. Bohužel to není přesvědčivé číslo, které vypovídá o znalostech samotného termínu AIM. Mé výsledky nekorespondují s výsledky bakalářské práce Valáškové na téma: Úroveň znalostí laické veřejnosti o diagnóze infarkt myokardu, kde se autorka ptala na stejnou věc, ale v jejím výsledku vyšla znalost termínu u 77 % dotazovaných.

Z mého dotazníkového šetření také vyplynula skutečnost o nepoučitelnost kuřáků. Je všeobecně známým faktem, že kuřáctví je příčinou mnoha onemocnění. Kardiiovaskulární systém není výjimkou. Dle odborné literatury se riziko AIM týká jak mužů, tak žen, ačkoliv u mužů je riziko vyšší. Navíc má kouření výrazný vliv na proces aterosklerotický změn ve stěně cév.⁶⁷

V mém dotazníkovém šetření v otázce č. 15 uvedlo pouze 8 kuřáků (25 %), že provede změnu po propuštění domů právě s odvykáním kouření. Jako nejčastější změnu ve svém dosavadním způsobu života uváděli respondenti změnu jídelníčku. Dalo by se konstatovat, a mé dotazníkové šetření to potvrzuje, že kuřáci vědí, co zapříčinilo jejich vznik AIM, ale většina z nich nechce provést změny v odvykání.

Prvním cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat všeobecné informace pacientů o akutním infarktu myokardu. K tomuto cíli se vztahoval výzkumný předpoklad č. 1. Zde jsem předpokládala, že na minimálně polovinu znalostních otázek odpoví správně více než 60% respondentů mladších 65 let po 1. prodělaném AIM a 40% respondentů starších 65 let. Tento výzkumný předpoklad vznikl na základě absolvování praxe na oddělení Kardiologie v Krajské nemocnici Liberec a.s. a na základě bakalářské práce Valášové. Šimek uvádí, že riziko nemocných po AIM se zvyšuje s věkem a po opakovaném AIM.⁶⁸ Rozhovory s pacienty a jejich pozorováním jsem také dospěla k názoru, že starší pacienti nemají dostatečné informace o problematice akutního infarktu myokardu oproti mladším pacientům. Usoudila jsem také, že s věkem klesá zájem o nové informace.

⁶⁷ ASCHERMANN, M. *Kardiologie*. s. 533.

⁶⁸ ŠIMEK, Stanislav. *Ischemická choroba srdeční – péče o pacienta po infarktu myokardu*. *Medicína pro praxi*. [online]. [cit. 21.6.2014]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/03.pdf>

Kritériem byla správnost odpovědí u poloviny znalostních otázek. Mezníkem byly 3 správné odpovědi. Na 3 a více správných variant odpovědělo 41 respondentů (72 %) z celkového počtu 57 dotazovaných. Předpokladem bylo porovnání vědomostí u respondentů mladších 65 let po prvním prodělaném AIM, oproti respondentům starším 65 let. Věková hranice 65 let byla určena podle klasifikace stáří dle Haškovcové.⁶⁹ Ve věkové kategorii mladších 65 let odpovědělo 85% respondentů po prvním prodělaném AIM správně na polovinu znalostních otázek. Věková kategorie starších 65 let měla úspěšnost nižší (75%).

Výzkumný předpoklad č. 1 se potvrdil a lze konstatovat, že respondenti mladší 65 let po 1. prodělaném AIM odpověděli správně na minimálně polovinu znalostních otázek oproti respondentům starších 65 let.

Cíl č. 1 byl splněn. Lze říci, že pacienti mají informace o problematice AIM.

V cíli č. 2 jsem chtěla zjistit stav informovanosti pacientů o jejich aktuálním zdravotním stavu první hospitalizační den. K cíli č. 2 se vztahoval výzkumný předpoklad č. 2. Zde jsem předpokládala, že více než 60 % respondentů 1. hospitalizační den po zákroku zná svůj zdravotní stav. Tento výzkumný předpoklad vznikl na základě absolvování praxe a pilotního šetření.

Předpokládala jsem, že pacienti znají od lékaře svůj zdravotní stav. Z výsledků vyplynulo, že 48 respondentů (84 %) vědělo, jaký zákrok podstoupili. Celkem 28 respondentů (49 %) uvedlo, že informace byly srozumitelné a hodnotilo je za vyčerpávající nebo dostatečné.

Výzkumný předpoklad č. 2 se nepotvrdil, tedy nelze říci, že pacienti 1. hospitalizační den po léčebném zákroku svůj zdravotní stav.

Cíl č. 2 byl splněn. Nelze ale říci, že jsou pacienti seznámeny se svým zdravotním stavem první hospitalizační den.

Třetím cílem bylo zjistit, zda si jsou pacienti vědomi možných chyb, které k akutnímu infarktu myokardu vedly, a zda jsou ochotni provést změny ve svém dosavadním způsobu života. K cíli č. 3 se vztahovaly 2 výzkumné předpoklady, tedy výzkumný předpoklad č. 3 a č. 4

⁶⁹ HAŠKOVCOVÁ, H., Fenomén stáří, s. 9.

Výzkumný předpoklad č. 3 předpokládal, že více než 2/3 respondentů zná vliv rizikových faktorů na vznik infarktu myokardu. Jako rizikové faktory jsem zvolila kouření, stravovací návyky, tělesná aktivita, způsob života a pozitivní rodinnou anamnézu. Za správné jsem považovala vypsání alespoň jednoho mnou definovaného rizikového faktoru. Ten celkem uvedlo 41 dotazovaných (72 %). Tento výzkumný předpoklad vznikl na podkladě bakalářské práce Valášové

Výzkumný předpoklad č. 3 se tak potvrdil. Lze konstatovat, že více než 2/3 dotazovaných zná vliv rizikových faktorů na vznik AIM.

Zajímavé také bylo hodnocení výsledků znalosti rizikových faktorů u respondentů po 2 a více AIM. Dle Šimka *„je velmi důležité věnovat dostatečný prostor poučení nemocného o správné životosprávě a o rizicích, která z jejího nedodržování vyplývají. Nemocnému po AIM je třeba vysvětlit pravděpodobné příčiny jeho nemoci a nutnost jejich maximální eliminace“*⁷⁰. Z mého dotazníkového šetření vyplývá, že z celkového počtu 19 dotazovaných po 2. a více AIM uvedlo 14 respondentů (74 %) rizikový faktor, což svědčí o nedostatečné edukaci týkající se rizikových faktorů již při předchozí hospitalizaci.

Výzkumný předpoklad č. 4 se vztahoval také k cíli č. 3. Předpokládala jsem, že minimálně 60 % pacientů bude ochotno provést změnu ve svém dosavadním způsobu života. Ochotu změnit způsob života vyjádřilo 45 respondentů (79%). Změnu v jídelníčku zvolilo 26 dotazovaných (53 %), zvýšení pohybové aktivity označilo 15 respondentů (31 %) a zanechání s kouřením zvolilo 8 dotazovaných (16 %). Přitom jak uvádí Šimek, je jednoznačně prokázané, že riziko smrti nemocného po AIM se sníží na polovinu, pokud přestane kouřit.⁷¹ Tento výzkumný předpoklad vznikl na základě pilotního šetření.

Výzkumný předpoklad č. 4 se potvrdil a lze konstatovat, že minimálně 60 % pacientů je ochotni provést změnu ve svém dosavadním způsobu života.

⁷⁰ ŠIMEK, Stanislav. Ischemická choroba srdeční – péče o pacienta po infarktu myokardu. Medicína pro praxi. [online]. [cit. 21.6.2014]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/03.pdf>

⁷¹ Tamtéž

Cíl č. 3 byl splněn. Lze říci, že pacienti si jsou vědomi chyb, které k akutnímu infarktu myokardu vedly, a jsou ochotni provést změny ve svém dosavadním způsobu života.

Cíl č. 4 mapoval informovanost pacientů o další léčbě a režimových opatřeních po akutním infarktu myokardu při dimisi. K cíli č. 4 jsem si stanovila výzkumný předpoklad č. 5, kde jsem předpokládala, že více než 60 % pacientům byl vysvětlen po propuštění režim a zároveň že informace, které pacienti v rámci edukace při dimisi dostali, byly srozumitelné. Režimové opatření se týkalo diety, kouření, užívání medikace, pohybové aktivity a termínu kontroly u kardiologa. Dle Šimka prognózu po AIM zlepšuje pravidelné užívání léků, fyzická aktivita, nízkocholesterolová dieta, udržování normálního krevního tlaku a udržení nízkých hladin krevního tuku.

V dotazníkovém šetření uvedlo celkem 47 respondentů (82 %), že jim byl vysvětlen režim po propuštění. 43 dotazovaných (75 %) také uvedlo, že se edukace týkala např. dieta, pohybová aktivita, kontroly u kardiologa. 41 respondentů (72 %) uvedlo, že podané informace byly srozumitelné. Z výsledků vyplývá, že více než 60% uvedlo, čeho se režim po propuštění týkal, a zároveň informace byly srozumitelnými. Tento výzkumný předpoklad vznikl na podkladě pilotního šetření.

Výzkumný předpoklad č. 5 se potvrdil a lze konstatovat, že pacientům byl vysvětlen režim po propuštění

Cíl č. 4 byl splněn. Lze říci, že pacienti byli informováni o další léčbě a režimových opatřeních po akutním infarktu myokardu při dimisi.

Z výsledů dotazníkového šetření tedy vyplývá, že cíl 1, 2, 3 a 4 byl splněn. Je stále zapotřebí pacienty edukovat, hlavně o sekundární prevenci, především pak o kouření, dietě, tělesné aktivitě, snížení stresu, kompenzace diabetu, užívání medikace a udržování nízkých hladin krevních tuků.

Domnívám se, že by bylo zajímavé v nějaké další práci zmapovat, jak jsou pacienti po AIM poučeni o užívání medikace, jestli vědí, co a proč užívají, co mají dělat, pokud jim léky dojdou, ale také zda mají finanční možnosti léky hradit. Dle Šimka např. užívání kys. acetylsalicylové snižuje riziko úmrtí o 25%. Dle doporučení české kardiologické společnosti by měl nemocný po AIM trvale užívat 4 léky: aspirin, betablokátor,

ACE inhibitor a statin. Dále by měl již navždy přestat kouřit, upravit dietu, pravidelně plavat, jezdit na kole a běhat.⁷²

Závěrem je nutné zdůraznit, že univerzální a obecné rady, jak předejít AIM, jsou pro pacienty velmi dostupné a snadno dohledatelné, přesto však pacienti své onemocnění podceňují. Je tedy třeba se více zaměřit na kvalitní edukaci, např. i v uvedení odstrašujících příkladů.

⁷² ŠIMEK, Stanislav. Ischemická choroba srdeční – péče o pacienta po infarktu myokardu. Medicína pro praxi. [online]. [cit. 21.6.2014]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/03.pdf>

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Jak jsem již nastínila v diskuzi, je edukace pacienta problémem. Materiály jsou k dispozici, ale chybí z řad ošetrovatelského personálu větší motivace k nabízení.

Jako největší problém vidím negativním postoj kuřáků k odvykání s kouřením a dle mého dotazníkového šetření se tato skutečnost potvrdila. Je potřeba od ošetrovatelského personálu zvýšit u kuřáka motivaci k odvykání s kouřením. Měly bychom dbát na zvýšení a zlepšení edukace v oblasti kouření. Každému pacientovi, kuřákovi, by se měly v podobě např. informačního letáku dát informace k odvykání s kouřením. V Libereckém kraji je zřízeno hned několik poraden pro odvykání s kouřením:

- Liberec, Krajské nemocnice Liberec, Plicní oddělení, Prim. MUDr. Jiří Vytiska, MUDr. Milada Šípková
- Jablonec nad Nisou, Nemocnice Jablonec nad Nisou, MUDr. Veronika Zatřepálková
- Česká Lípa, Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, Plicní ambulance, MUDr. Magdalena Popelková, MUDr. Eva Křovinová
- Česká Lípa, Ordinace praktického lékaře pro dospělé, MUDr. Jana Siblíková
- Lomnice nad Popelkou, Ordinace praktického lékaře, MUDr. Petr Lisý
- Turnov, Plicní ambulance - Panochova nemocnice Turnov s.r.o., MUDr. Jiří Měkyn
- Turnov, Ordinace praktického lékaře, MUDr. Uršula Severová, MUDr. Zuzana Emingerová, MUDr. Darina Dlouhá
- Josefův Důl, Praktický lékař, MUDr. Stuchlík Karel
- Stráž nad Nisou, Ordinace praktického lékaře pro dospělé, MUDr. Alena Brabcová

Bližší informace na internetu, např. www.kurakovaplice.cz – kontakty na poradny.⁷³

Dalším doporučením pro praxi by mohlo být vysvětlení režimu po propuštění, dle mého názoru. Mým doporučením by bylo pacientovi poskytnout edukační mapu, na které bude znázorněno, co v případě znovu se objevení bolesti na hrudi dělat a jaký osud čeká nemocného. (viz příloha II.)

⁷³ *Liberecký kraj - centra pro odvykání kouření a lékaři.* [online]. [cit. 21.6.2014]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/odvykani/chci-pomoc-lekare-nebo-centra/99-liberecky-kraj-centra-pro-odvykani-koureni-a-lekari.html

Edukační mapa, kterou jsem vytvořila, se týká sekundární prevence, jaké oblasti změny jsou nejvíce zapotřebí změnit. V mém dotazovaném vzorku respondentů byla zvolena změna v jídelníčku. Rozhodla jsem se vytvořit jednoduchý přehled vhodných a nevhodných potravin. (viz příloha III.)

Dle mého názoru by se měla zvýšit edukace v oblasti diety. Mělo by být nemocnému poskytnuto, čeho se změna má týkat. Jaké jsou vhodné potraviny, jak často jíst a v jakých dávkách.

Další oblastí by dle mého názoru měla být edukace v oblasti medikace. Zda nemocný zná užívání léčit, jejich cenu. Ošetrovatelský personál by se měl zajímat o ekonomické možnosti nemocného. Zpětnou vazbou by se všeobecná sestra měla zajímat, zda nemocný porozuměl všem informacím. Kontrolními otázkami zjistit znalost pacientů v oblasti léčiv.

Doporučením pro praxi, dle mého názoru by měla být edukace v oblasti tělesné aktivity. Podle zhodnocení pacienta mu doporučit vhodné pohybové aktivity. Může například jezdit na kole, chodit na delší procházky nebo chodit plavat (v Liberci je k tomuto zvolen plavecký bazén).

ZÁVĚR

Volbě tématu v mé bakalářské práci předcházela praxe absolvovaná na oddělení Kardiologie v Krajské nemocnici Liberec a.s.. Velmi mě zaujala problematika AIM právě z pohledu pacienta.

V teoretické části jsem nastínila problematiku infarktu myokardu. V empirické části jsem se zaměřila na pacienty po AIM. Šetření probíhalo formou anonymního dotazníku, který byl určen pacientům po infarktu myokardu hospitalizovaných na oddělení Kardiologie v Krajské nemocnici Liberec. Celkem jsem si stanovila 5 cílů. Všechny stanovené cíle byly splněny. Posledním cílem bylo vytvoření edukačního materiálu z oblasti sekundární prevence. Celkem jsem si stanovila 5 výzkumných předpokladů.

Jako doporučením pro praxi jsem nastínila možnosti u kuřáků s odvykáním s kouřením, dietu, tělesnou aktivitu a medikaci. Jako praktický výstup práce jsem vypracovala edukační mapu, co dělat v případě objevení bolesti na hrudi. Další výstup byl edukační leták z oblasti sekundární prevence, zahrnující oblasti změny a vhodnosti potravin.

Seznam bibliografických citací

Odborná literatura:

1. ASCHERMANN, Michael. *Kardiologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 753 s. ISBN 80-726-2290-0 .
2. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 978-807-0134-672.
3. CRAWFORD, Michael H. *Cardiology*. 3rd ed. Philadelphia: Mosby/Elsevier, 2010, 1953 s. ISBN 07-234-3485-9 .
4. DANCHIN, Nicolas a Emmanuel CUZIN. *Srdeční infarkt: jak mu předcházet a jak se s ním vyrovnat*. 1. Vyd. Praha: Portál, 2006, 119 s. ISBN 80-736-7077-1 .
5. HABERL, Ralph. *EKG do kapsy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 281 s. ISBN 978-802-4741-925.
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. Vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
7. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712.
8. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2007, 350 s. ISBN 978-802-4718-309.
9. *Kardiologie pro sestry: obrazový průvodce*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2013, 248 s. ISBN 978-802-4740-836.
10. KOLÁŘ, Jiří. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 4. Vyd. Praha: Galén, 2009, 480 s. ISBN 978-807-2626-045.
11. KRAJÍČEK, Milan, et al., *Chirurgická a intervenční léčba cévních onemocnění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 436 s. ISBN 978-80-247-0607-8.
12. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada - Avicenum, 1994, 190 s. ISBN 80-716-9121-6 .
13. MEREDITH, Sheena. *Jak se vyhnout infarktu a cévním mozkovým příhodám: vaše obrana v deseti krocích*. 1. Vyd. Praha: Reader's Digest Výběr, 2011, 256 s. ISBN 978-80-7406-146-2 .
14. MOUREK, Jindřich. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2. Vyd. Praha: Grada, 2012, 222 s. ISBN 978-802-4739-182.

15. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2012-2014*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 550 s. ISBN 978-802-4743-288.
16. O'ROURKE, Robert A, Richard A WALSH a Valentí FUSTER. *Kardiologie: Hurstův manuál pro praxi*. 1. české vyd. Překlad Hana Pospíšilová. Praha: Grada, 2010, 767 s. ISBN 978-802-4731-759.
17. POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 3. Vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, 104 s. ISBN 978-80-7013-524-2.
18. POSPÍŠILOVÁ, Blanka, Jaroslav ŠRÁM a Olga PROCHÁZKOVÁ. *Anatomie pro bakaláře II.: systém kardiovaskulární, systém nervový, smyslové orgány, soustava kožní, žlázy s vnitřní sekrecí*. 1. Vyd. V Liberci: Technická univerzita, 2012, 162 s. ISBN 978-80-7372-849-6.
19. ROSOLOVÁ, Hana. *Preventivní kardiologie: v kostce*. 1. vyd. Praha: Axonite CZ, 2013, 248 s. ISBN 978-809-0489-950.
20. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2006, 280 s. ISBN 80-247-1148-6 .
21. ŠPINAR, Jindřich. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 255 s. ISBN 978-802-4717-494.
22. ŠPINAR, Jindřich a Jiří VÍTOVEC. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 255 s. ISBN 978-802-4718-224.
23. ŠTEINER, Ivo. *Kardiopatologie: pro patology i kardiology*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010, 125 s. ISBN 978-807-2626-724.
24. ŠTEJFA, Miloš. *Kardiologie*. 3. Vyd. Praha: Grada, 2007, 722 s. ISBN 978-802-4713-854.
25. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 63 s. ISBN 978-807-2628-452.
26. VÍTOVEC, Jiří a Jindřich ŠPINAR. *Farmakoterapie kardiovaskulárních onemocnění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000, 249 s. ISBN 80-716-9552-1 .
27. VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 272 s. ISBN 978-802-4734-200.
28. ŽÁK, Aleš a Jaroslav MACÁŠEK. *Ateroskleróza: nové pohledy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 183 s. ISBN 978-802-4730-523.

Absolventské práce:

Valášková Valášková. *Úroveň znalostí laické veřejnosti o diagnóze infarkt myokardu*. Olomouc, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd. Ústav ošetrovatelství.

Internetové zdroje:

ŠIMEK, Stanislav. *Ischemická choroba srdeční – péče o pacienta po infarktu myokardu*. Medicína pro praxi. [online]. Poslední změna 4.10.2007 18:15. [cit. 21.6.2014]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/03.pdf>

Studie Kuřáctví dospělé populace ČR 2011, 2014. Státní zdravotní ústav. [online]. Poslední změna 26.07.2013 09:00:27. [cit. 11.6.2014]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/zavislosti/koureni/2013/ZpravaKuractvi2011.pdf>

Liberecký kraj - centra pro odvykání kouření a lékaři. [online]. Poslední změna 20.2.2014 13:24. [cit. 21.6.2014]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/odvykani/chci-pomoc-lekare-nebo-centra/99-liberecky-kraj-centra-pro-odvykani-koureni-a-lekari.html

Seznam příloh

| | |
|------------------------------------------------------------|---------|
| Příloha č. 1: Ateroskleróza | str. 77 |
| Příloha č. 2: Dietní režim po AIM | str. 78 |
| Příloha č. 3: Strukturovaný rozhovor | str. 80 |
| Příloha č. 4: Leták - Co dělat při srdečním infarktu | str. 81 |
| Příloha č. 5: Leták - Sekundární prevence | str. 82 |
| Příloha č. 6: Protokol k provádění výzkumu | str. 84 |
| Příloha č. 7: Dotazník | str. 85 |

PŘÍLOHA I. - Ateroskleróza

Vývojová stádia

I. stádiem je lipidový proužek, kdy do intimy a medie proniká z krve lipoproteiny o nízké hustotě. Jejich přítomnost ve stěně cévy přitahuje monocyty, které pronikají přes poškozený endotel, a fagocytují lipidy. První stadium se projevuje bez klinických příznaků. Může se stát, že některé lipidové proužky zmizí, ale jiné přecházejí do II. stádia nazvané fibrinózním plátem. Ten proniká do lumen cévy a narušuje její průsvit. Fibrinózní plát tvoří buňky z I. stádia, buňky hladkých svalů, vazivo a lipoproteiny.

II. stádiem je aterosklerotický plát, kde je patrné zúžení tepny. Je charakterizován přítomností ateromu. Jsou to nekrotické hmoty s velkým obsahem krystalů cholesterolu.

III. stádium se nazývá ateromový vřed. Při prasknutí ateromového plátu začnou na jeho povrchu ulpívat trombocyty, které vedou k následnému vzniku trombu až uzavřením tepny. Poslední fází je zvápenatění (kalcifikace) ateromového plátu, díky níž ztrácí cévy svou pružnost.⁷⁴

Rizikové faktory

Kouření má výrazný vliv na výskyt ischemické choroby srdeční a úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění. Riziko závisí na počtu vykouřených cigaret. Kuřáci si způsobují poškození funkce endotelu, kdy se zhorší vazodilatace vázaná na správnou funkci endotelu. Ovlivněna je i funkce trombocytů, které mají zvýšenou schopnost se skupování. Cigarety s nižším obsahem nikotinu riziko nesnižují.

Arteriální hypertenze patří mezi tři nejvýznamnější rizikové činitele u kardiovaskulárních chorob. V intimě tepenné stěny dochází ke zvýšení endoteliální propustnosti membrány, k akumulaci makrofágů, migraci monocytů a buněk hladkého svalstva stěny cévní.⁷⁵

Diabetes mellitus, inzulinová rezistence i porušená glukózová tolerance jsou spojeny s předčasnými projevy aterosklerózy.

Fyzická aktivita a obezita mají také velký vliv. Významnou úlohu představuje pravidelnost fyzické aktivity. Mechanismy, které snižují riziko, nejsou přesně známy. Obezita usnadňuje vznik diabetu mellitu a současně přispívá k hyperlipoproteinémii.⁷⁶

⁷⁴ ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Interní ošetřovatelství*. s. 127-128.

⁷⁵ ŽÁK, Aleš a Jaroslav MACÁŠEK. *Ateroskleróza: nové pohledy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 183 s. . ISBN 978-802-4730-523., s. 91.

⁷⁶ Tamtéž, s. 92

PŘÍLOHA II.

Dietní režim po AIM

Po AIM patří zásadní změna jídelníčku. Populace je navyklá na tučná jídla, upřednostňuje vepřové maso a uzeniny před drůbeží a rybami. Správné složení potravy, která obsahuje všechny důležité zdroje energie, se skládá z 15 % bílkoviny, 30 -35 % tuky a 50 – 55 % cukry. Průměrná energetická potřeba je u běžně zatížené ženy (lehčí tělesně namáhavá práce v zaměstnání a péče o rodinu) asi 9 000 kJ za den. Muži mají hranice vyšší, zhruba 10 200 kJ.

Přehled vybraných potravin a jejich energetické hodnoty na 100g (v kJ).

POTRAVINY NEVHODNÉ

Slanina – 3 749.

Máslo – 3 155.

Vepřové maso – 1279.

Uzené maso – 1 465.

Čokoláda – 2 215.

Pečivo – 1 271.

Houskový kn. – 1 400.

Těstoviny – 1 600.

POTRAVINY VHODNÉ

Hovězí maso – 660.

Kapr – 447.

Kuře – 422.

Vejce – 652.

Brambory – 367.

Mošt – 188.

Zelenina okolo 150.

Mléko polotučné – 209

Nedílnou součástí stravy jsou i vitamíny, minerály a stopové prvky. Zvláště důležitými jsou beta – karoten, vitamin A, C, a E (souhrnně nazvány jako ACE antioxidanty). Zdrojem vitamínů jsou mrkev, brokolice, rajčata, citróny, jahody, brambory, rostlinné oleje nebo celozrnné pečivo.⁷⁷

Změna ve stravovacích návycích má ovlivnit tělesnou hmotnost. Cílem je u obézních pacientů a u pacientů s nadváhou snížit jejich tělesnou hmotnost a tím i snížit rizikový faktor pro vznik nemoci. Používá se zde výpočtových vzorců. Za nejpřesnější a nejpřísnější se v posledních letech považuje výpočet indexu hmotnosti těla (body mass index, BMI).⁷⁸

⁷⁷ ŠPINAR, Jindřich a Jiří VÍTOVEC. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 255 s. ISBN 978-802-4718-224. s. 44.

⁷⁸ ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Interní ošetřovatelství*. s. 22.

Pro klasifikaci vypočtené hodnoty BMI se používá tabulka vytvořená Světovou Zdravotnickou Organizací (WHO).⁷⁹

$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost}}{\text{výška}^2}$$

| BMI | klasifikace |
|--------------|------------------------|
| < 18,5 | podváha |
| 18,5 - 24,99 | optimální váha |
| 25 - 29,99 | nadváha |
| 30 - 34,99 | obezita prvního stupně |
| 35 - 39,99 | obezita druhého stupně |
| > 40 | obezita třetího stupně |

⁷⁹ VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 272 s. ISBN 978-802-4734-200. s. 185.

PŘÍLOHA III.

Strukturovaný rozhovor

- 1) Po kolikáté jste v nemocnici s infarktem?
- 2) Podstoupil jste nějaký zákrok?
- 3) Co Vám dělali? Mluvil s Vámi někdo o zákroku?
- 4) Jste kuřák? Pokud jste hospitalizován již s druhým infarktem myokardu a více, proč jste kouřit nepřestal(a)?
- 5) Změní Vám onemocnění dosavadní způsob života? Proč nejste ochotni provést změnu ve svém dosavadním způsobu života?
- 6) Při dimisi: Byly Vám poskytnuty informace o rekonvalescenci? Porozuměl(a) jste informacím?

PŘÍLOHA IV.

Leták – Co dělat při srdečním infarktu^{80, 81}

SRDEČNÍ INFARKT je

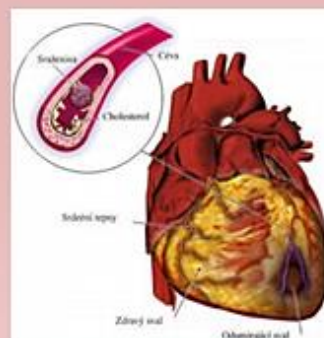
Srdeční infarkt vzniká na podkladě přerušení průtoku krve věnicí (koronární) tepnou do příslušné oblasti srdce



PŘÍZNAKY

Mezi hlavní příznaky patří bolest na hrudi vystřelující do levé ruky, ramena, lopatky, dále dušnost, pocení, nevolnost, zvracení

ATYPICKÉ BOLESTI- čelist, pravá ruka nebo rameno, oblast žaludku



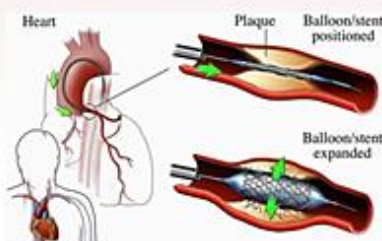
PRVNÍ POMOC

Zavolání tel. č. 155

KLID



HOSPITALIZACE



LÉČBA SRDEČNÍHO INFARKTU

PCI - perkutánní koronární intervence,
Angioplastika (rekonstrukce cévy)



POŽÁDEJTE SI NA ODDĚLENÍ O EDUKAČNÍ TABLET

Majetkem ÚZS - TUL

⁸⁰ ŠTEJFA, M. Kardiologie, s. 484.

⁸¹ KRAJÍČEK, M. Chirurgická a intervenční léčba cévních onemocnění, s. 303.

PŘÍLOHA V.

Leták - Sekundární prevence⁸²

INFARKT MYOKARDU – ZMĚNA!

PŘESTAT KOUŘIT!



Poradna zde v nemocnici
Plicní oddělení

POTRAVINY

Dieta



POHYB

Jízda na kole,
procházky, běh, plavání



PRAVIDELNĚ UŽÍVAT LÉKY



**VYHNOUT SE
STRESOVÝM
SITUACÍM**



www.nemlib.cz
Heslo: poradny

Majetkem ÚZS - TUL

⁸² ROSLOVÁ, H. Preventivní kardiologie v kostce. s. 12.

VHODNÉ POTRAVINY

ZELENINA A OVOCE
alespoň 400 g



NÍZKOTUČNÉ MLÉČNÉ VÝROBKY
Sýry do 30% tuku, mléko a jogurty do 3% tuku
Rostlinné tuky



CELOZRNÉ PEČIVO



LIBOVÉ MASO
Krůtí, kuřecí, králík



OLIVOVÝ OLEJ



RYBY
Alespoň 2x týdně
Losos, sled', kapr, pstruh, mořské plody



Majetkem ÚZS - TUL

NEVHODNÉ POTRAVINY

TUČNÉ MASO
Vepřové, koleno, krkovičky, sádlo



ALKOHOL
max. 2 deci kvalitního červeného vína denně



SMAŽENÉ POKRMY
Hranolky, Krokety, Řízky, karbanátky



SLADKOSTI



Raději ne, kdyžtak:
Cheesecake
Ovocné zákusky
celozrn. sušenky
Min. 80% čokolády

UZENINY
Párky, klobásy, paštiky, salámy



SŮL A SLANÉ VÝROBKY
Max. do 5 g



TUČNÉ MLÉČNÉ VÝROBKY
Smetana, máslo



Majetkem ÚZS - TUL

⁸³ ŠPINAR, J. a J. VÍTOVEC. Jak dobře žít s nemocným srdcem. s. 30.

PŘÍLOHA VI. – Protokol k provádění výzkumu

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Příjmení a jméno studenta | KORELOVÁ TEREZA | |
| Studijní obor VŠEOBECNÁ SESTRA | Osobní číslo studenta 211000090 | Ročník 3. |
| Téma práce | AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU Z POHLEDU PACIENTA | |
| Název pracoviště, kde bude výzkum realizován | KRÁSKA NEMOCNICE LIBEREC odd. KARDIOLOGIE, 6. patro | |
| Jméno vedoucího práce | Mgr. Kateřina Krejčichová, Dis | |
| Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu | Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis | |
| Souhlas vedoucího práce | <input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Mgr. KREJČICOVÁ | |
| Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení | <input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Mgr. Marie Fryaufová Krajská nemocnice Liberec, g.s. | |
| Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován | <input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Mgr. KREJČICOVÁ ředitelka ošetrovatelské péče | |
| Datum zahájení výzkumu | 3.2.2014 | |
| Datum ukončení výzkumu | 17.4.2014 | |
| Počet oslovených respondentů (personálu) | 2 | |
| Počet oslovených respondentů (klientů) | 70 | |
| Poznámka: | | |

v LIBERCI dne 31.12.2014

Korelova
podpis studenta



PŘÍLOHA VII.

Dotazník

Dobrý den vážená paní / vážený pane,

Jmenuji se Tereza Korelová a jsem studentkou oboru Všeobecná sestra na Technické univerzitě v Liberci. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který bude podkladem pro moji bakalářskou práci na téma „Akutní infarkt myokardu z pohledu pacienta“. Dotazník je anonymní. Pokud není uvedeno jinak, označte prosím jen jednu Vámi volenou odpověď.

Děkuji za Váš čas a ochotu

1) Jaké je Vaše pohlaví?

- ☐ Muž
- ☐ Žena

2) Jaký je Váš věk?

- ☐ do 40 -ti let
- ☐ 41 – 64 let
- ☐ 65 - 80 let
- ☐ 80 a více let

3) Jste kuřák?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

4) Tento infarkt je Váš?

- ☐ První
- ☐ Druhý
- ☐ třetí a více

5) Vyberte, prosím, správnou odpověď - „infarkt myokardu“ je?

- ☐ ložisková odumřelá část srdeční tkáně
- ☐ přechodná bolest na hrudi
- ☐ porucha srdečního rytmu

6) Jaká je nejčastější příčina vzniku infarktu?

- ☐ krevní sraženina
- ☐ zánět
- ☐ infekce

7) Jaké jsou typické příznaky, které můžeme pozorovat při vzniku infarktu?

(více správných možností)

- ☐ bolest na hrudi s propagací do levé horní končetiny
- ☐ zvýšená teplota
- ☐ zčervenání kůže na hrudníku
- ☐ bolest tlaková, píchavá nebo pálivá
- ☐ bolest trvalá, trvající déle než 20 minut
- ☐ pocitem nedostatku vzduchu, pocením, nevolností
- ☐ otoky nohou

8) Jaká je podle Vás první pomoc při bolesti na hrudi?

- ☐ Zavolat 155
- ☐ jít na čerstvý vzduch
- ☐ podat léky proti bolesti a počkat, až bolest ustoupí

9) Jaký je cíl léčby u infarktu?

- ☐ zprůchodnění postižené části cévy
- ☐ zlepšení dýchání
- ☐ odstranění odumřelé tkáně

10) Jaký zákrok jste v rámci stanovení diagnózy infarktu myokardu podstoupil(a)?

- ☐ diagnostická srdeční katetrizace s návrhem na další léčbu
- ☐ Angioplastika (roztážení tepny balónkem a následně vpraven stent)
- ☐ Farmakoterapie a monitorování stavu
- ☐ nevím

11) Kdo Vám vysvětlil význam léčebného zákroku:

- ☐ Lékař
- ☐ sestra
- ☐ nevím

12) První den po zákroku hodnotíte podané informace o Vašem zdravotním stavu za:

- ☐ vyčerpávající
- ☐ dostatečné
- ☐ nedostatečné

13) Porozuměl(a) jste podaným informacím:

- ☐ Ano
- ☐ Ne

14) Vypište, jaký faktor měl u Vás hlavní vliv na vznik infarktu (např. kouření, strava apod.).

15) Jste ochotni po propuštění do domácího prostředí provést změnu ve svém dosavadním způsobu života?

- ☐ Ano -

Pokud ANO – čeho se změna bude týkat? ☐ Přestanete kouřit.

☐ Změníte jídelníček.

☐ Zvýšíte pohybovou aktivitu.

- ☐ Ne - Proč nezměníte svůj způsob života?

16) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- ☐ základní
- ☐ výuční list
- ☐ středoškolské
- ☐ vyšší odborné
- ☐ vysoká škola

17) Bylo Vám vysvětleno, jaký Vás čeká režim po propuštění?

- ☐ Ano - Pokud ANO – čeho se informace týkaly?
- ☐ Ne

18) Byly informace, týkající se režimu po propuštění, srozumitelné?

- ☐ Ano
- ☐ Ne – potřebuji je zopakovat

Seznam tabulek

| | |
|------------------------------------------------------------|---------|
| Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů | str. 37 |
| Tabulka č. 2: Věk respondentů | str. 38 |
| Tabulka č. 3: Kuřáctví | str. 39 |
| Tabulka č. 4: Četnost výskytu AIM u respondentů | str. 40 |
| Tabulka č. 5: Znalost termínu „infarkt myokardu“ | str. 41 |
| Tabulka č. 6: Příčina vzniku infarktu | str. 42 |
| Tabulka č. 7: Typické příznaky | str. 43 |
| Tabulka č. 8: První pomoc | str. 44 |
| Tabulka č. 9: Cíl léčby u AIM | str. 45 |
| Tabulka č. 10: Zákrok | str. 46 |
| Tabulka č. 11: Edukátor | str. 47 |
| Tabulka č. 12: Hodnocení podaných informací pacienty | str. 48 |
| Tabulka č. 13: Porozumění informacím | str. 49 |
| Tabulka č. 14: Faktory vzniku AIM z pohledu pacienta | str. 50 |
| Tabulka č. 15: 2 a více AIM a rizikové faktory | str. 51 |
| Tabulka č. 16: Ochota provést změnu | str. 52 |
| Tabulka č. 17: Oblast změny | str. 53 |
| Tabulka č. 18: Důvod provedení změny | str. 54 |
| Tabulka č. 19: Vzdělání respondentů | str. 55 |
| Tabulka č. 20: Informace po propuštění | str. 59 |
| Tabulka č. 21: Srozumitelnost informací | str. 57 |

Seznam grafů

| | |
|---------------------------------------------------------|---------|
| Graf č. 1: Pohlaví respondentů | str. 37 |
| Graf č. 2: Věk respondentů | str. 38 |
| Graf č. 3: Kuřáctví | str. 39 |
| Graf č. 4: Četnost výskytu AIM u respondentů | str. 40 |
| Graf č. 5: Znalost termínu „infarkt myokardu“ | str. 41 |
| Graf č. 6: Příčina vzniku infarktu | str. 42 |
| Graf č. 7: Typické příznaky | str. 43 |
| Graf č. 8: První pomoc | str. 44 |
| Graf č. 9: Cíl léčby u AIM | str. 45 |
| Graf č. 10: Zákrok | str. 46 |
| Graf č. 11: Edukátor | str. 47 |
| Graf č. 12: Hodnocení podaných informací pacienty | str. 48 |
| Graf č. 13: Porozumění informacím | str. 49 |
| Graf č. 14: Faktory vzniku AIM z pohledu pacienta | str. 50 |
| Graf č. 15: 2 a více AIM a rizikové faktory | str. 51 |
| Graf č. 16: Ochota provést změnu | str. 52 |
| Graf č. 17: Oblast změny | str. 53 |
| Graf č. 18: Důvod provedení změny | str. 54 |
| Graf č. 19: Vzdělání respondentů | str. 55 |
| Graf č. 20: Informace po propuštění | str. 56 |
| Graf č. 21: Srozumitelnost informací | str. 57 |